ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 6 | Sonnabend, den 15. März 1930 | 27. Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. | Nr. 6 | S. 173—204, Jena, 15. 3. 1930

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — Anzeigen: die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

Notizen.

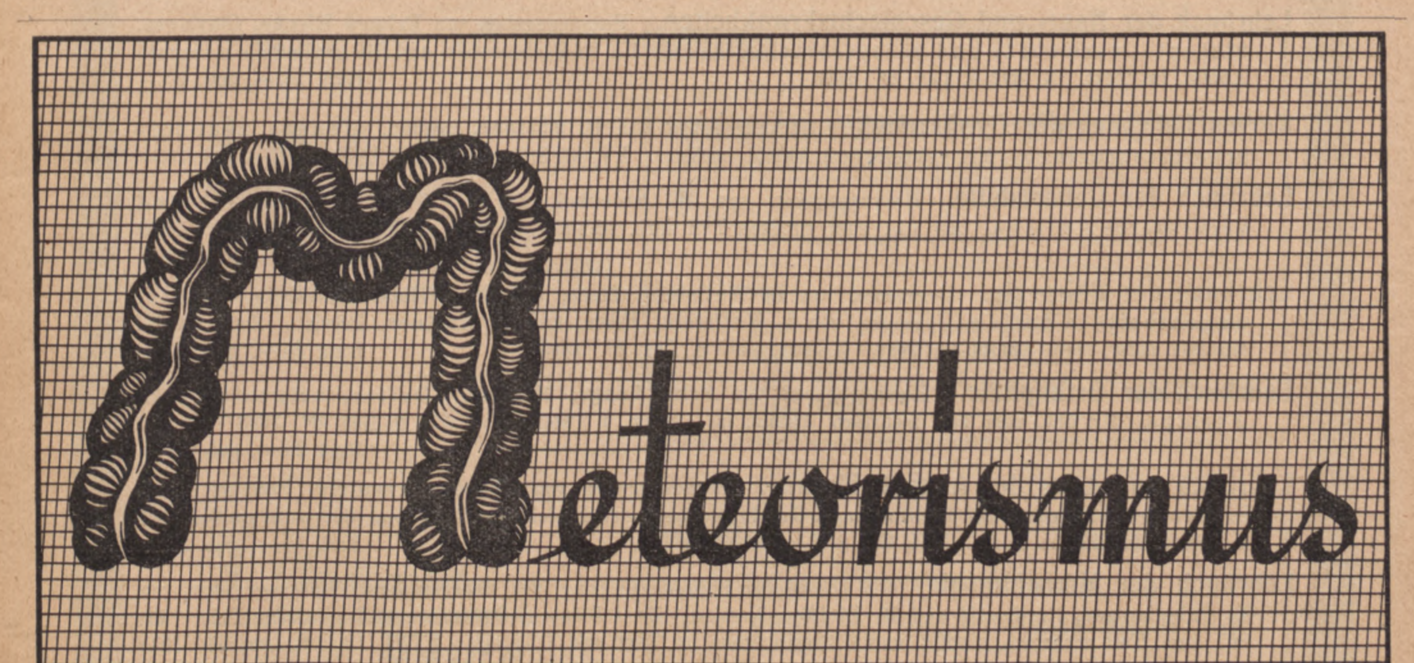
Weserbäder schließen ein Kinobündnis. Nachdem in Bad Pyrmont die Bade- und Trinkkuren schon im Januar angefangen haben, hat die Kurverwaltung nunmehr mit den Bädern Eilsen, Nenndorf und Bückeburg eine Kinogemeinschaft abgeschlossen. Bereits am 1. März wird in dem neuen, architektonisch ungemein schönen Konzerthause mit der Vorführung begonnen werden. Eine in ausgezeichnetem Rufe stehende Salonkapelle wird das musikalische Programm bestreiten; von Filmen sollen nur Werke höchster Kunst zugelassen sein.

Die im Jahre 1879 gegründete Firma **Optisch-Mechanische Fabrik Steindorff & Co., Berlin,** erhielt für die hervorragende Qualitätsarbeit, der von ihr auf der Weltausstellung Barcelona 1929 ausgestellten Mikroskope und Polarisationsapparate die goldene Medaille zuerkannt.

Fechtturnier in Bad Pyrmont. Der „Deutsche Fechterbund" veranstaltet in den Tagen vom 15. bis 17. August unter Leitung des Deutschen Fechtklubs Hannover in Bad Pyrmont ein Fechtturnier unter dem Titel „Deutsche Meisterschaft im Degenfechten, Einzel- und Mannschaftsfechten". Einzelheiten werden noch rechtzeitig bekanntgegeben werden.

Der Direktor der **Chem. Fabrik Promonta** G. m. b. H. in Hamburg Herr Friedrich Passek ist von der Mediz. Fakultät der Universität in Königsberg i. Pr. zum Dr. med. h. c. ernannt worden.

Ein in Amerika erlangter Doktortitel darf, wie neuerdings das Kammergericht festgestellt hat, in Deutschland nur mit ministerieller Genehmigung geführt werden.


Meteorismus
Intestinol „Henning"
Pankreas-Sekretin-Kohle-Präparat
Dr. Georg Henning
Berlin-Tempelhof
O.P. 60 Dragées 2.80
K.P. 40 Dragées 1.90

Medizinische Lehrbücher

aus dem Verlag von Gustav Fischer in Jena

Pathologische Anatomie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Herausgegeben von **L. Aschoff,** Freiburg i. Br. Siebente Auflage. Zwei Bände. Mit 1161 größtenteils mehrfarb. Abbild. im Text und 1 lithogr. Tafel. XII, 853 u. XII, 1061 S. Lex. 8° 1928 Rmk 79.—, geb. 85.—

Lehrbuch der klinischen Diagnostik innerer Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden. Herausgegeben von **P. Krause,** Münster i. W. Dritte, neubearbeitete Auflage. Mit 499 großenteils mehrfarb. Abbild. im Text u. 3 Tafeln. XXIV, 866 S. Lex. 8° 1924 Rmk 20.—, geb. 22.—

J. v. Merings Lehrbuch der inneren Medizin. Herausgegeben von **L. Krehl,** Heidelberg. Sechzehnte, neu bearbeitete Auflage. Zwei Bände. Mit 203 teilweise farbigen Abbild. im Text und 10 Tafeln. XII, 511 u. XII, 611 S. Lex. 8° 1929 Rmk 34.—, geb. 38.—

Therapie innerer Krankheiten. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von **Paul Krause,** Münster i. W. und **Carl Garrè,** Bonn. Zweite, neu bearbeitete Auflage.

Band I: **Die Methoden der Therapie innerer Krankheiten.** Mit 292 teilw. farb. Abbild. im Text. XVIII, 868 S. Lex. 8° 1926 Rmk 23.50, geb. 26.—

Band II: **Spezielle Therapie innerer Krankheiten.** Mit 27 teilw. farb. Abb. im Text. XIV, 802 S. Lex. 8° 1927 Rmk 25.—, geb. 27.—

Lehrbuch der Kinderheilkunde. Herausgegeben von **E. Feer,** Zürich. Achte, verbesserte Auflage. Mit 231 teilweise farbigen Abbild. im Text. VIII, 762 S. Lex. 8° 1922 z. Zt. vergriffen

Die 9. Auflage befindet sich im Druck.

Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben von **O. Binswanger,** Jena, und **E. Siemerling,** Kiel. Sechste, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 9 Abbild. im Text. VI, 440 S. Lex. 8° 1923 Rmk 7.—, geb. 9.—

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von **Erhard Riecke,** Göttingen. Siebente, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 23 Farbentafeln und 346 großenteils mehrfarb. Abbild. im Text. X, 892 S. Lex. 8° 1923 Rmk 18.—, geb. 20.—

Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. Herausgegeben von **O. Küstner,** Breslau. Neunte, neuüberarbeitete Auflage. Mit 413 teils farb. Abbild. im Text. XV, 681 S. Lex. 8° 1922 Rmk 12.—, geb. 14.—

Lehrbuch der Geburtshilfe. Herausgegeben von **W. Stoeckel,** Berlin. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 614 zum größten Teil farb. Abbild. im Text. XIV, 1055 S. Lex. 8° 1930 Rmk 42.—, geb. 45.—

Lehrbuch der Chirurgie. Begründet von **L. Wullstein,** Essen, und **M. Wilms,** Heidelberg. Achte, umgearbeitete Auflage, herausg. von **L. Wullstein,** Essen, und **H. Küttner,** Breslau. Zwei Bände. Mit 961 teilw. farb. Abbild. im Text. XXVII, 1400 S. Lex. 8° 1923 Rmk 23.—, geb. 27.—

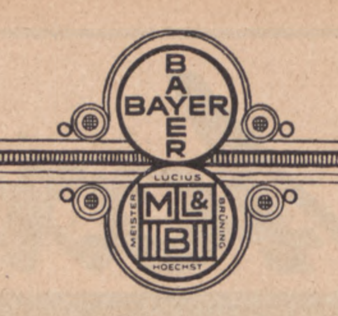
Lehrbuch der Orthopädie. Herausgegeben von **Fritz Lange,** München. Dritte, umgearbeitete Auflage. Mit 584 zum Teil mehrfarb. Abbild. im Text u. 1 Tafel. XVI, 718 S. Lex. 8° 1928 Rmk 24.—, geb. 26.—

Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde. Herausgegeben von **Theodor Axenfeld,** Freiburg i. Br. Siebente Auflage. Mit 12 lithograph. Tafeln, 8 Farbendrucktafeln im Text und 669 zum großen Teil mehrfarb. Abbild. im Text. XVI, 823 S. Lex. 8° 1923 Rmk 15.—, geb. 17.—

Lehrbuch der Mikrobiologie, mit besonderer Berücksichtigung der Seuchenlehre. Herausgegeben von **E. Friedberger,** Greifswald und **R. Pfeiffer,** Breslau. Zwei Bände (Allgemeiner und spezieller Teil). Mit 367 zum Teil mehrfarb. Abbild. und 3 Diagrammen im Text und 7 Tafeln. XXVI, 1206 S. Lex. 8°. 1919 Rmk 23.50, geb. 27.50

Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege, einschließlich der Mundkrankheiten. Von Prof. Dr. **Alfred Denker,** Halle a. S. und Prof. Dr. **Walter Albrecht,** Tübingen. Zehnte und elfte Auflage, mit einem **phonetischen Anhang** von Prof. Dr. Herm. Gutzmann †, neu bearbeitet und ergänzt von Dr. H. Zumsteeg. Mit 350 zum großen Teil mehrfarbigen Abbild. im Text. XIX, 709 S. Lex. 8° 1925 Rmk 30.—, geb. 33.—

Lehrbuch der Zahnkrankheiten. Von **B. Mayrhofer,** Innsbruck. Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 313 Abbild. im Text. IX, 359 S. gr. 8° 1922 Rmk 6.—, geb. 8.—



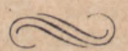
REPHRIN

(Suprarenin + Racedrin)

beeinflusst rasch bei lang anhaltender Wirkung
schwere asthmatische Zustände
Kollaps
Heufieber
und
andere allergische Zustände



Therapeutisch äusserst
günstig wirkende
Kombination
von
Suprarenin und Racedrin
(Racem-Ephedrin)



Originalpackungen:
Schachtel mit 10 Ampullen zu 1 ccm
Flasche mit 10 ccm

I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung
„Bayer-Meister Lucius"
LEVERKUSEN a. Rh.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

27. Jahrgang | Sonnabend, den 15. März 1930 | Nummer 6

Abhandlungen.

Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Wiesbaden. Direktor: Oberarzt Dr. Géronne.

1. Über die Beziehungen zwischen den akuten und chronischen gelenkrheumatischen Erkrankungen[1].

Ein Beitrag zur Nosologie und Pathogenese dieser Krankheitsbilder.

Von

A. Géronne.

M. D. u. H.! Am 16. und 17. Oktober vorigen Jahres hat in Budapest eine Tagung der internationalen Gesellschaft zur Bekämpfung von Rheumatismus stattgefunden. Der Vorstand hatte als Thema zur Diskussion gestellt: „Die Beziehungen zwischen den akuten und chronischen rheumatischen Erkrankungen." Die Vertreter der verschiedenen Länder entwickelten ihre Ansicht über diesen Gegenstand; es war bemerkenswert, die Divergenz der Meinungen zu beobachten. Recht störend war bei dieser Aussprache die Tatsache, daß in den einzelnen Ländern die Krankheitsbegriffe und somit die Krankheitsbezeichnungen bei den gelenkrheumatischen Erkrankungen recht verschieden sind. Und so wurde denn am 19. Oktober in der ersten Medizinischen Universitätsklinik in Wien eine Demonstration der verschiedenen typischen Formen der gelenkrheumatischen Erkrankungen durch die Herren Strasser und Freund veranstaltet, bei denen die Vertreter der verschiedenen Länder nach Untersuchung der einzelnen Kranken ihre Auffassung über Art und Bezeichnung der Krankheitsbilder entwickeln konnten. Gerade diese klinische Aussprache gestaltete sich außerordentlich interessant und lehrreich. Sie zeigte wiederum die große Verschiedenheit der Anschauungen, die bezüglich der Nosologie und der Pathogenese der gelenkrheumatischen Erkrankungen in den verschiedenen Ländern besteht.

Da nun auch in Deutschland die Ansichten über diese Fragen noch recht auseinander gehen, so schien es mir erwünscht, heute hier in Ihrem Kreise ausführlicher die Ansichten festzulegen, die ich bei der Diskussion in Wien nur in kurzen Zügen vertreten konnte. Im Hinblick auf das Referatthema von Budapest, dessen Erstattung ich im Auftrage des Vorstandes der Deutschen Rheumagesellschaft übernommen hatte, lag es für mich nahe, meine Ausführungen über Nosologie und Pathogenese mit der Fragestellung zu verknüpfen, ob und in welchem Umfang aus akuten gelenkrheumatischen Erkrankungen sich chronische Formen des Gelenkrheumatismus entwickeln, welche ätiologischen oder andere Zusammenhänge etwa bestehen.

Einleitend sei nur kurz erinnert an die ältere Einteilung der akuten und chronischen Formen des Gelenkrheumatismus, wie sie die deutsche Klinik seit Jahrzehnten aufgestellt hat.

Zunächst einige Worte über die akuten Gelenkerkrankungen:

Wie schon Přibram im Nothnagelschen Handbuch 1899 ausgeführt hat, trennen wir den genuinen akuten Gelenkrheumatismus im engeren Sinne scharf ab von den akuten Entzündungen mehr weniger zahlreicher Gelenke, die vor allem im Verlauf der verschiedensten infektiösen Krankheiten gar nicht selten auftreten. Die symptomatischen Gelenkentzündungen hat Gerhardt als Rheumatoiderkrankungen bezeichnet.

Bouillaud hat zuerst den Namen Pseudorheumatismus dafür gebraucht, der durch Besnier in der französischen Literatur der herrschende geworden ist. Zu diesen Rheumatoiderkrankungen oder infektiösen Pseudorheumatismen rechnen alle die akuten Arthritiden mit bestimmten zumeist bekannten Krankheitserregern wie Gonorrhöe, Lues, Scharlach, Diphtherie, Dysenterie, Typhus, Pneumonie, Erysipel u. a. m.; vor allem auch die Rheumatoide bei Pyämie und bei Sepsis. Zu den Rheumatoiden rechne ich per-

[1] Vortrag, gehalten am 8. November 1929 in den Wiesbadener Ärztekursen.

sönlich auch die akuten gelenkrheumatischen Erkrankungen, die sich im Anschluß oder auch einige Tage oder Wochen nach einer Angina entwickeln. Dieses Krankheitsbild unterscheidet sich doch meines Erachtens fast ebenso wie die anderen Rheumatoiderkrankungen charakteristisch von dem genuinen akuten Gelenkrheumatismus dadurch, daß es häufig durch Salizylpräparate u. a. wesentlich schlechter zu beeinflussen ist; es befällt ferner von vornherein häufig dieses oder jenes Gelenk mit besonderer Intensität; der Krankheitsverlauf ist im ganzen bösartiger, gestaltet sich langwieriger; häufiger bleibt eine Dauerschädigung der betroffenen Gelenke zurück.

Ich kann also die Meinung derjenigen Autoren nicht teilen, die in jedem akuten Gelenkrheumatismus eine Infektarthritis nach Angina sehen. Ich verkenne dabei nicht, daß die Infektionskrankheit akuter Gelenkrheumatismus häufiger den lymphatischen Rachenring mit ergreift, ganz ebenso wie etwa die Influenza es tut; nicht selten ist deutliche Rötung und Schwellung der Mandeln nachweisbar. Aber bei vielen akuten Gelenkrheumatismen fehlen die Zeichen der Angina und eine krankhafte Veränderung des übrigen Rachenrings völlig oder fast völlig, was ich in Übereinstimmung mit den älteren Autoren — ich nenne nur Přibram — auf Grund meines daraufhin besonders beobachteten Krankenmaterials hier ausdrücklich betonen möchte.

Mit diesen Ausführungen sind wir schon in die Erörterung der Frage eingetreten, warum die Mehrzahl der deutschen Kliniker den akuten Gelenkrheumatismus im engeren Sinne (französisch = rhumatisme articulaire aigue, englisch = Rheumatic fever, acute Rheumatisme) von den genannten Rheumatoiderkrankungen so scharf abtrennt. Für diese Auffassung ist vor allem maßgebend gewesen die Tatsache, daß der akute Gelenkrheumatismus nicht nur ätiologisch, sondern vor allem klinisch und wie es scheint, auch pathologisch-anatomisch von den akuten Rheumatoiderkrankungen klar abgegrenzt werden kann. Klinisch ist der akute Gelenkrheumatismus gekennzeichnet durch die sprunghaft an einer großen Anzahl von Gelenken auftretende seröse Entzündung, die fast stets mit entzündlichen Veränderungen am Endokard einhergeht; ferner durch die Eigenschaft, auf Salizylpräparate prompt zu reagieren. Weiter bemerkenswert ist unter anderem noch die Neigung der Kranken zu Schweißen und zu akuten Rezidiven. Es würde zu weit führen, wenn wir im einzelnen die Gründe noch aufführen würden, die die Auffassung des akuten Gelenkrheumatismus als Infektionskrankheit mit charakteristischer und einheitlicher klinischer Prägung auch heute noch als berechtigt erscheinen lassen. Ich brauche auch hier nur wieder auf die sehr eingehenden Ausführungen zu verweisen, die schon seinerzeit Přibram über diesen Punkt gemacht hat. Mir scheint auch die Tatsache, daß im letzten Jahrzehnt der akute Gelenkrheumatismus im allgemeinen viel leichter verläuft wie in früheren Jahrzehnten, für die Annahme einer Infektionskrankheit sui generis zu sprechen, da wir ja gerade bei diesen einen derartigen Wechsel der Krankheitsbilder gar nicht so selten beobachten.

Die pathologische Anatomie des akuten Gelenkrheumatismus ist begreiflicherweise noch lange nicht mit genügender Vollständigkeit erforscht, da ja nur selten im akuten Stadium der Tod eintritt. Bekanntlich hat Aschoff schon im Jahre 1904 im Herzmuskel kleinste, in der Regel nur mikroskopisch erkennbare subendothelial im interstitiellen Bindegewebe um Gefäße herum gelegene Knötchen beschrieben, die in der Folge von sämtlichen Nachuntersuchern bestätigt worden sind. In neuerer Zeit haben Fahr, Gräff u. a. diese rheumatischen Knötchen an den verschiedensten kleinen und großen Gefäßen, im Perikard, ferner im Sehnen- und Fasziengewebe sowie in der Muskulatur nachgewiesen, die die Gelenke umschließt. Es scheint auch, daß diese Knötchen von histologisch ähnlichen Blutungen z. B. bei Scharlach in der Regel deutlich zu unterscheiden sind. So hat denn die alte klinische Lehre von der Besonderheit des Krankheitsbildes akuter Gelenkrheumatismus durch die pathologische Anatomie eine bedeutsame Stütze erfahren. Die Aschoffschen rheumatischen Knötchen, die rheumatischen Granulome Fahrs sind also pathognomonisch für den akuten infektiösen Gelenkrheumatismus und seine Folgezustände. Wir kommen später noch einmal auf diese wichtige Feststellung zurück.

Schon durch die Eigenart des pathologisch-anatomischen Befundes ist es nun äußerst unwahrscheinlich gemacht, daß einer der vielen Keime, die von manchen Seiten als **Erreger des akuten Gelenkrheumatismus** angesprochen worden sind, tatsächlich eine ätiologische Bedeutung für diese Krankheit haben kann. Denn keiner dieser Keime hat die Fähigkeit, jene eigenartigen Granulome zu erzeugen, welche den akuten Gelenkrheumatismus charakterisieren. Das Fehlen von polymorphkernigen Leukozyten in diesen Aschoffschen Knötchen spricht z. B. nach Schottmüller unbedingt gegen die Annahme von Streptokokken als Erreger. So hat denn auch die pathologische Anatomie die Ansichten derjenigen Kliniker bestätigt, die den vielen bakteriologischen Befunden zum Trotz an der Auffassung festgehalten haben, daß der Erreger des akuten Gelenkrheumatismus **bisher nicht bekannt ist.** Es sind ja in den letzten Jahrzehnten zahllose

Arbeiten gemacht worden, mit der Zielsetzung, den Erreger des akuten Gelenkrheumatismus zu finden. Das Gelenkexsudat, das Blut, das Exsudat der rheumatischen Pleuritis, der Harn, die Tonsillen und vor allem die endokarditischen Auflagerungen wurden sorgfältigst mit allen Mitteln der modernen Bakteriologie durchforscht. Die Resultate waren verschiedenartig und so widersprechend, daß sie für den kritischen Beurteiler als negativ angesehen werden müssen. Es kann somit die Ansicht, die vor allem Sahli und später Singer vertreten haben, daß der Gelenkrheumatismus eine septische, durch Eiterkokken erzeugte Erkrankung sei, nicht als zu recht bestehend anerkannt werden. Ebensowenig können wir die Befunde von Menzer, Umber, Combes, Small, Lazarus, Barlaff, Bertrand, Rosenow und Reye als beweisend anerkennen, die Streptokokken oder Staphylokokken als die Erreger des akuten Gelenkrheumatismus proklamiert haben. Systematische Blutuntersuchungen, die vor allem von Schottmüller, Jochmann, Simmonds u. a. bei vielen hunderten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus durchgeführt worden sind, ergaben niemals einen positiven Befund. Wir können also im akuten Gelenkrheumatismus kein abgeblaßtes Bild der Pyämie oder Sepsis sehen. Wir müssen vorläufig uns mit der Tatsache abfinden, daß der Erreger des akuten Gelenkrheumatismus noch nicht gefunden ist. Gerade diese Tatsache läßt zusammen mit dem einheitlichen klinischen Bild und dem charakteristischen pathologisch-anatomischen Befund die scharfe Abgrenzung des akuten Gelenkrheumatismus von den akuten Rheumatoiderkrankungen auch heute noch als berechtigt und zweckmäßig erscheinen.

Nach dieser Skizzierung der akuten gelenkrheumatischen Erkrankungen müssen wir noch kurz die Einteilung und die Pathogenese der chronischen gelenkrheumatischen Krankheitsbilder besprechen, damit die etwa vorhandenen Zusammenhänge zwischen akuten und chronischen Krankheitsbildern klar zutage treten. Trotz der Vielgestaltigkeit der chronisch rheumatischen Gelenkerkrankungen können wir diese auf einige wenige Grundformen zurückführen. Mit F. von Müller, Aßmann, H. Strauß u. a. bin ich selbst der Meinung, daß eine Einteilung in zwei große Grundformen genügt und zwar

1. in vorwiegend entzündliche Arthropathien = Arthritiden und
2. in vorwiegend degenerative Arthropathien = Arthrosen.

In der großen Gruppe der entzündlichen Erkrankungen, der Arthritiden, unterscheiden wir nun

a) die primär-chronische Arthritis, den primär-chronischen Gelenkrheumatismus von
b) der sekundär-chronischen Arthritis = dem sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus.

Der letztere umfaßt alle die nach dem akuten Gelenkrheumatismus zurückbleibenden chronischen Veränderungen der Gelenke. Es erscheint mir aber zweckmäßig, auch die nach den akuten Rheumatoiden sich entwickelnden chronischen Rheumatoide hier einzureihen. Wir können diesen sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus in folgende Verlaufsarten aufteilen:

Nach Abklingen der akuten Allgemeinerkrankung bleibt in dem einen oder anderen Gelenk ein chronischer Entzündungszustand zurück, der längere Zeit zu seinem Ablauf braucht und meistens zu einer chronischen Versteifung des befallenen Gelenkes führt. Viel seltener ist der Übergang in eine chronisch fortschreitende polyartikuläre gelenkrheumatische Erkrankung. Von dieser können alle Gelenke des Körpers ergriffen werden, und zwar nicht nur die Extremitätengelenke, sondern, wie ich schon erwähnte, auch die verschiedenen Abschnitte der Wirbelsäule. Es können, wenn auch nur ausnahmsweise, Krankheitsbilder entstehen, die klinisch dem primär-chronischen Gelenkrheumatismus gleichen. Wenn nun die Anamnese mangelhaft und unklar bleibt dadurch, daß der akute Gelenkrheumatismus einen besonders leichten und schleppenden Verlauf nahm, oder, daß eine primär-chronische Polyarthritis schon in der ersten Zeit ihrer Entwicklung mit einem akuteren Schub einherging, so kann in derartig gelagerten, seltenen Fällen die Entscheidung schwer, ja unmöglich werden, ob wir eine primär-chronische oder sekundär-chronische Erkrankung vor uns haben. Diese Feststellung erlaubt aber meines Erachtens nach nicht den Rückschluß, daß auch ätiologisch keine scharfe Grenze zwischen den beiden Krankheitsformen gezogen werden darf. Im allgemeinen können sie ja auch klinisch gut voneinander abgetrennt werden, wie das noch in letzter Zeit Freund eingehender begründet hat. So beginnt ja der primär-chronische Gelenkrheumatismus, ohne daß ein akuter Gelenkrheumatismus oder ein akutes Rheumatoid vorausgegangen wäre, zumeist ganz schleichend und zwar meist symmetrisch an den kleinen Fingergelenken und den kleinen Fußgelenken. Zumeist kommt es erst im späteren Verlauf zum Befallenwerden größerer Gelenke, seltener erkranken diese oder auch die Wirbelsäule zuerst. Die Erkrankung verläuft meist völlig fieberlos, doch werden auch subfebriler Verlauf und gelegentliche leichte Fieberschübe beobachtet. Herzkomplikationen sind selten, während ja der sekundär-chronische Gelenkrheumatismus Herzfehler in einer großen Prozentzahl der Fälle aufweist. Gutartige Verlaufsform der primär-chronischen Arthritis wird beobachtet, doch meist zeigt die Erkrankung eine gelegentlich in Schüben fortschreitende Tendenz; es kommt zur Ausbildung des Krankheitsbildes

der Arthritis progressiva destruens, das ja große soziale Bedeutung hat, da es sich oft über Jahrzehnte hinzieht und häufig zu völligem Siechtum führt. Das ätiologische Problem dieser großen und bedeutsamen Krankheitsgruppe ist meines Erachtens nach noch nicht geklärt; ich werde diese Frage an anderer Stelle noch eingehend erörtern.

Soviel hier nur über die Krankheitsbilder der chronischen Arthritiden. Die Gruppe der **Arthrosen** umfaßt die Krankheitsbilder der Arthritis deformans Virchows, die F. Müller als Osteoarthropathia deformans, Aßmann als Osteoarthrosis deformans bezeichnet. Sie entsteht durch degenerative, zunächst nicht entzündliche Veränderungen des Gelenkknorpels. Schon Virchow sah im Knorpel den Ausgangspunkt dieser Erkrankungen, während ja die Arthritiden an der Synovia, der Gelenkkapsel und in der Umgebung des Gelenkes vorwiegend mit entzündlichen Erscheinungen ihren Anfang nehmen. In neuerer Zeit vertreten vor allem Axhausen und Umber die Auffassung, daß die Knorpelschädigung der für die weitere Entwicklung der Osteoarthropathia deformans notwendige primäre Vorgang sei. Es kommt zur Bildung von Randwülsten, im weiteren Verlauf Verlust des Knorpels, Entstehung von Schliffflächen usw. Die chondrotropen Noxen, welche auf diese Weise zu einer primären Knorpelschädigung führen können, sind: 1. Endogener Art: Stoffwechselgifte, wie Harnsäure, Homogentisinsäure und wohl auch intermediäre Stoffwechselgifte, die wir heute noch nicht kennen.

2. Exogener Art: Infekte, die den Knorpel schädigen z. B. bei der Infektarthritis, ferner Traumen, Gelenkfrakturen und ähnliches mehr, Dauerinsulte durch fehlerhafte Belastung bei statischen Anomalien und vor allem auch durch den Beruf bedingte Überanstrengungen. Von weiteren Ausführungen über die Arthrosen möchte ich absehen. Die Abgrenzung anderer Krankheitsgruppen erscheint nicht nötig; gleichen doch z. B. die verschiedenen Formen der ankylosierenden Wirbelsäulenversteifungen in jeder Beziehung den Krankheitsbildern an den Extremitätengelenken entweder im Sinne der chronischen Arthritis oder der Osteoarthropathia deformans. Die Heberdenschen Knoten gehören pathologisch-anatomisch zu den Arthrosen, doch sind sie primär gewiß kein rein degeneratives Leiden. Die Arthropathien bei Tabes, Syringomyelie, Neuritis, die durch Hämophilie bedingten und einige seltenere Gelenkerkrankungen sind hier als nicht zum Thema gehörig nicht zu erörtern. Auch die Harnsäuregicht kann bei dieser Betrachtung ausgeschieden werden.

Nachdem wir so die Krankheitsbegriffe der akuten und der chronischen gelenkrheumatischen Erkrankungen skizziert haben, wie sie wohl auch heute noch die Mehrzahl der deutschen Kliniker anerkennt, können wir zur Besprechung der Frage übergehen, welche ursächlichen Beziehungen oder inneren Zusammenhänge etwa zwischen den soeben gekennzeichneten akuten und chronischen Krankheitsbildern bestehen.

Aus der soeben besprochenen älteren Einteilung, die ja vorwiegend nach klinischen Gesichtspunkten vorgenommen ist, geht lediglich hervor, daß enge Zusammenhänge zwischen dem akuten Gelenkrheumatismus bzw. den akuten Rheumatoiden und dem sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus bzw. den chronischen Rheumatoiden bestehen. Zahlenmäßig spielt nun aber der sekundär-chronische Gelenkrheumatismus keine große Rolle.* Er entwickelt sich im Anschluß an den genuinen akuten Gelenkrheumatismus selten, vor allem wenn dieser mit genügend hohen und längere Zeit fortgesetzten Salizyldosen behandelt wird. Häufiger kommt er nach den akuten Rheumatoiderkrankungen als chronisches Rheumatoid vor. Es sei schon hier erwähnt: daß endogene konstitutionelle Momente mit die Schuld am Chronischwerden einer Polyarthritis haben. Eine Zusammenstellung aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Wiesbaden, die die letzten 9 Jahre umfaßt, zeigt eine Gesamtzahl von 278 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus und von 92 Fällen von akuten Rheumatoiderkrankungen. Insgesamt wurden also 370 akute gelenkrheumatische Erkrankungen in diesen Jahren auf die Abteilung aufgenommen. In der gleichen Zeit kamen nur 13 Fälle von sekundär-chronischem Gelenkrheumatismus zur Beobachtung, dagegen 45 Fälle von primär-chronischem Gelenrheumatismus und 111 Fälle von Osteoarthropathia deformans.

* Die relativ große Anzahl von primär-chronischer Arthritis und von Arthritis deformans im Material meiner Abteilung erklärt sich zum Teil daraus, daß vielfach derartige Kranke mit sehr fortgeschrittenen Gelenksveränderungen von auswärts nach Wiesbaden kommen und dann Krankenhausbehandlung aufsuchen müssen, da ihr elender Zustand die Durchführung einer Badekur zunächst nicht erlaubt. Außerdem muß ich bemerken, daß ich leider nicht alle Krankengeschichten meiner Abteilung zugrunde legen konnte, da nur diejenigen für diese Arbeit Verwendung gefunden haben, die genügend ausführlich geführt waren. (Die selteneren Krankheitsformen z. B. der Wirbelsäulenerkrankung sind je nach Lage des Falles unter die Arthritiden oder die Arthrosen eingereiht. Die Zusammenstellung der statistischen Daten verdanke ich meinem Mitarbeiter F. Koch.)

Trotzdem besteht nach dem Ergebnis unserer Zusammenstellung wohl kein Zweifel, daß schwere Fälle von sekun-

där-chronischem Gelenkrheumatismus zahlenmäßig keine sehr große Bedeutung gewinnen.

Ich gebe dabei Freund zu, daß in der Privatpraxis, in poliklinischer Praxis und im Badeort sich häufiger Fälle von sekundär-chronischem Gelenkrheumatismus finden, als wie das aus einer Krankenhausstatistik erkennbar ist, die ja doch vorwiegend die schweren Krankheitsbilder erfaßt. Aber diese größere Anzahl leichterer Fälle von sekundär-chronischem Gelenkrheumatismus, die durch ambulante Behandlung zumeist einer weitgehenden Besserung zugeführt werden, hat zweifelsohne volkswirtschaftlich keine große Bedeutung im Gegensatz zu den vielen Schwerkranken, die durch eine primär-chronische Arthritis siech d. h. völlig invalide werden. Nun läßt aber die oben besprochene ältere Einteilung der Krankheitsbilder Zusammenhänge zwischen der primär-chronischen Arthritis und den akuten Gelenkrheumatismen nicht ohne weiteres erkennen. Nach ihr wären also die Beziehungen zwischen akuten und chronischen Gelenkrheumatismen nur gering, d. h. beschränkt auf den sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus.

In neuerer Zeit hat nun in Deutschland Umber eine neue Einteilung der gelenkrheumatischen Erkrankungen vorgeschlagen, die zahlreiche Anhänger gefunden hat. Umber teilt die den internen Arzt beschäftigenden gelenkrheumatischen Erkrankungen vorwiegend nach ätiologischen Gesichtspunkten in 3 Hauptgruppen auf:

1. Infektarthritis,
2. Endokrine chronische Periarthritis (destruens),
3. Osteoarthritis deformans.

Diese Einteilung Umbers faßt pathogenetisch alle akuten gelenkrheumatischen Erkrankungen mit den primär- und sekundär chronischen Gelenkrheumatismen auf der gemeinsamen pathogenetischen Basis eines Infektes zusammen. Da auch bei manchen Formen der Arthrosen ätiologisch ein Infekt eine maßgebliche Rolle spielen kann, so würden auf diese Weise durch die Umbersche Einteilung wesentlich engere Beziehungen zwischen akuten und chronischen Krankheitsbildern hergestellt. Vor allem fällt ja die große Gruppe der primär-chronischen Arthritis auch unter die „Infektarthritis“. Nach Umber und seiner Schule sind es vornehmlich abgeschwächte anhämolytische Streptokokken oder auch andere Keime, die das Krankheitsbild des primär-chronischen Gelenkrheumatismus hervorrufen. Die Eintrittspforte für diese Keime soll ein längst vergessener, anscheinend harmloser Primärherd in Tonsillen, Nebenhöhlen, Zähnen oder dgl. sein. Es sollen auf diese Weise schleichende abgeschwächte Dauerinfekte unterhalten werden, die Umbers Mitarbeiter Löwenhardt als Chronioseptikämie beschrieben hat. Die Erreger sollen sich fast immer aus dem Blut züchten lassen, sofern man nur genügend häufig Blutaussaaten vornimmt und geeignete Züchtungsmethoden anwendet. Diese Anschauungen Umbers treffen nun zusammen mit Vorstellungen, die zunächst in Deutschland Päßler und später in Amerika Rosenow propagiert haben. Nach diesen uud andere Autoren werden eine ganze Reihe von chronischen Krankheitsbildern, darunter auch der primär-chronische Gelenkrheumatismus, erzeugt durch an sich bekannte Kokken und Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken u. a. m.), die an irgendeiner Stelle des Körpers einen Sepsisherd unterhalten und von dort aus pathogen auf die Gelenke einwirken. Prädilektionsstelle für diese „focal infection“ sind Tonsillen, Zähne, Nebenhöhlen u. a. m.; aber man macht auch andere Herde verantwortlich, wie chronische Gallenblasen- und Appendixentzündungen, Pyelozystiden, die Prostata-, oder Adnexerkrankungen und auch ulzeröse Darmaffektionen. Die Anhänger dieser Anschauung verlangen, daß bei den verschiedensten Krankheitsbildern der vermutliche Infektherd aufgesucht und entfernt wird, weil dann Heilung der Erkrankung eintreten soll. So wertvoll sich diese Gedankengänge der „focal infection“, der „oralen Sepsis“ für die Therapie einzelner Krankheitsbilder erwiesen haben, so kann ich mich doch des Eindrucks nicht erwehren, daß sie heute zu stark Mode geworden sind, und daß manche ihrer unentwegten Anhänger bei Bericht über ihre Erfolge die notwendige Kritik vermissen lassen. Ich kann im Rahmen dieses Vortrags auf diese Fragen hier nicht weiter eingehen. Was unser Thema anlangt, so müssen der Anschauung gegenüber, die in dem primär-chronischen Gelenkrheumatismus eine reine Infektarthritis sieht im Sinne einer chronischen Septikämie, heute doch noch manche Bedenken entgegen gehalten werden. Soweit ich die Literatur übersehe, hat bisher in Deutschland außer Löwenhardt niemand einen bakteriellen Erreger bei diesen chronischen Gelenkerkrankungen im Blute nachweisen können. Schottmüller, der doch auf diesem Gebiet besonders große Erfahrungen hat, lehnt die Befunde Löwenhardts ausdrücklich ab. In Amerika hat aber Rosenow schon im Jahre 1914 auf anaerobem Wege aus Lymphdrüsen und Synovia bei chronischer Arthritis den Streptococcus viridans gezüchtet. Dieser wenig virulenten Streptokokkenart wurden besondere arthrotope Eigenschaften zugeschrieben; sie soll aus jeder anderen Streptokokkenart durch Mutation entstehen können. Nach Rosenow soll die Mutation in den fokalen Infektionsherden

erfolgen. Ebenso gelang es Burbank nach Neutralisierung des im Blut befindlichen Alexins aus dem Blute von chronischen Polyarthritikern Streptokokken zu züchten. Sie gehörten zur Gruppe des Strept. viridans oder haemolyticus, sie ließen sich in einzelnen Fällen im Gelenkpunktat und in über 90 Proz. der Fälle im Darmtrakt nachweisen. 1927 hat weiter C. Small aus Blut- und Rachenabstrich von Rheumatikern den Streptococcus cardioarthritidis, Bickhaug hat einen ähnlichen Streptokokkus gezüchtet. Die Hautimpfung mit den Toxinen dieser Streptokokken fiel bei Rheumatikern meistens positiv aus. Auch andere Autoren halten positive klinische Hautreaktionen für beweiskräftig und diagnostisch wertvoll. Trotz all dieser bemerkenswerten Befunde kann ich doch auch für die chronischen Arthritiden die Streptokokkenätiologie nicht als erwiesen ansehen; den klinischen Hautreaktionen mit Streptokokkenvakzinen können wir sicher keinen Wert beimessen, da sie für den Rheumatismus nicht spezifisch sind. Ob die von Hartings, Burbank und Hadjupoulos angewendete Komplementbindungsreaktion mit Streptokokkenantigen die Streptokokkenätiologie für den primärchronischen Gelenkrheumatismus beweisen kann, ist doch auch noch sehr fraglich; sie ist sicher ebenfalls nicht irgendwie spezifisch für diese Krankheit. Auch die Befunde der pathologischen Anatomie sind beim primär-chronischen Gelenkrheumatismus noch sehr umstritten. Wie ich beim akuten Gelenkrheumatismus schon ausgeführt habe, sind die submiliaren Aschoffschen Knötchen für die akute Erkrankung charakteristisch. Gräff und Fahr haben dann festgestellt, daß die histologische Struktur der bei dem Rheumatismus nodosus ja schon makroskopisch sichtbaren Knoten mit den Aschoffschen Knötchen übereinstimmt. Tilp und Jacki haben rheumatische Knoten in der Galea aponeurotica beschrieben, deren histologisches Bild im Prinzip den Aschoffschen Knötchen im Herzen des gleichen Individuums glich. Die histologischen Befunde bei Rheumatismus nodosus im Anschluß oder im Zusammenhang mit akutem Gelenkrheumatismus sind ja ohne weiteres verständlich. Nun sind aber durch Wick und neuerdings durch Freund auch beim primär-chronischen Gelenkrheumatismus sichtbare und fühlbare rheumatische Knoten gefunden worden, deren histologisches Bild dem der Aschoffschen Knötchen ähnlich sein soll. Zugunsten der Ansicht, daß der primär-chronische Gelenkrheumatismus als reine Infektarthritis anzusehen ist, ausgehend von einer focal infection, können diese pathologisch-anatomischen Befunde bisher sicher nicht verwertet werden; die etwa vorhandene morphologische Ähnlichkeit der histologischen Befunde in den Knötchen zweier Krankheitsbilder von der ich mich auf Grund der Abbildung Freunds in seinem Buche „Gelenkerkrankungen" nicht überzeugen konnte, berechtigt nicht ohne weiteres zu einer ätiologisch einheitlichen Auffassung des akuten Gelenkrheumatismus und des primär-chronischen Gelenkrheumatismus im Sinne der Infektarthritis. Hier liegt noch ein wichtiges Forschungsgebiet für die Zusammenarbeit von Klinik und pathologischer Anatomie offen. (Schluß folgt.)

---

2. Zur Diagnose der Magenkrankheiten mittels Sonde oder Röntgenuntersuchung,

Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Agéron in Nr. 24 1929.

Von

Dr. F. Perutz in München.

Die sehr berechtigten Ausführungen von A. geben mir willkommenen Anlaß, ausführlicher auf eine Gruppe von Magenkrankheiten hinzuweisen, wo die Sondenuntersuchung sich immer noch gegenüber der Röntgenuntersuchung überlegen zeigt. Ich meine die Fälle von hochgradiger Entleerungsbehinderung durch narbige oder geschwürige Pylorusstenose. Bei diesen Kranken, die zu uns kommen, mit der Angabe, daß sie schon länger fast alles erbrechen, läßt schon die genaue Untersuchung den erheblich erweiterten Magen manchmal mit Andeutung von Steifung, zuweilen auch einen fühlbaren Tumor erkennen. Die Sondeneinführung fördert große Mengen von alten Resten mit Säure, Blut und anderen Bestandteilen zutage. Damit ist nicht nur die Diagnose und der Heilplan, der in den meisten Fällen ein chirurgischer sein wird, gesichert, auch der Kranke empfindet nach Entleerung der Rückstände eine große Erleichterung und das quälende Erbrechen läßt nach. Anders, wenn solche Patienten durchleuchtet werden und zu den vorhandenen Beschwerden noch die Belastung des leistungsunfähigen Organs mit dem Kontrastbrei hinzukommt. Eine erhebliche Verschlechterung mit gesteigertem Erbrechen ist die Folge. Da der Brei in dem sackartigen Organ sedimentiert und nach Sondeneinführung zuerst bloß Magensaft und dünnflüssiger Inhalt abläuft, bedarf es oft wiederholter Spülungen bei den elenden Kranken, um die zähen Kontrastmassen heraus zu befördern. Man muß in solchen Fällen den Patienten zu überzeugen suchen, daß die Durchleuchtung nicht notwendig, ja fehlerhaft ist. Dazu bedarf es manchmal sehr energischer Vorstellungen. In einem derartigen Falle, wo ich die Durchleuchtung ablehnte, fand der Kranke durch andere Ratgeber bestimmt einen Arzt, der seinem Wunsch entsprach, allerdings mit dem Ergebnis, daß er in desolatem Zustand von Durst und Erbrechen gequält und bald sich wieder einfand.

Auch sonst möchte ich mich der Warnung Agérons vor einer Überschätzung des Röntgen-

verfahrens durch Praktiker und Publikum anschließen, bei denen oft Magenbeschwerden sofort die Ideenverbindung, also Durchleuchtung, auslösen. Um Einwänden zu begegnen bemerke ich, daß ich in über 25 jähriger Praxisgemeinschaft mit einem Chirurgen und Röntgenologen die Wichtigkeit des Röntgenverfahrens in gegebenen Fällen wohl richtig einzuschätzen weiß. Darum darf ich auch aussprechen, daß die Durchleuchtung bei jugendlichen Personen ohne Anwendung der Sondenuntersuchung und Beobachtung der Wirkung der eingeleiteten Behandlung abwegig, ja zuweilen schädlich ist. Ich denke hier, um ein Gruppe herauszugreifen, an die große Zahl derer, die durch unmäßiges Rauchen Magenstörungen bekommen haben. Hier ist es wichtiger, das Zugeständnis des Tabakmißbrauchs zu erhalten, als gleich den Röntgenapparat in Tätigkeit zu setzen. Finden wir dann bei der Ausheberung die gewöhnlich vorhandene Übersäuerung in Verbindung mit Magensaftfluß, so ist der Heilplan gegeben. Rauchverbot, Alkalien, Belladonnapräparate und reizlose Kost bewirken rasche Besserung und überzeugen Arzt und Patienten von der Richtigkeit der Diagnose. Korbsch hat bei der Gastroskopie solcher Patienten entzündliche Veränderungen der Schleimhäute gesehen, die bei der Durchleuchtung infolge Störung des Sphinkterapparats am Magenausgang leicht zur mehr oder weniger bestimmt ausgesprochenen Geschwürs- oder Geschwürsverdachtdiagnose Anlaß geben. Schon die psychische Schädigung, die die Vorstellung, ein Magengeschwür zu haben, auslöst, ist nicht zu unterschätzen. Noch schlimmer wirkt sich in dieser Richtung die Feststellung einer Magensenkung aus, die als Ergebnis der Röntgenuntersuchung mangels anderen Befunds anämischen asthenischen Mädchen und jungen Leuten mitgegeben wird, deren Beschwerden im wesentlichen durch funktionelle Störungen der Magenverdauung oder der Darmtätigheit und ihres empfindlichen vegetativen Nervensystems mit seinen periodischen Schwankungen bestimmt sind. Der Unfug der Magensenkung hat, wie man aus ängstlichen Fragen entnehmen kann, schon erheblichen Schaden in vielen Köpfen verursacht. Er ist seit der Röntgenära an Stelle der Wanderniere getreten. Wir haben es ja noch erlebt, welche Verwirrung bis um die Jahrhundertwende und darüber damit angerichtet wurde. Damals für alle möglichen Störungen im Bauch und allgemeiner Art angeschuldigt, mit Stützapparaten und auch operativ „mit Erfolg" behandelt, besteht sie jetzt zum großen Teil unbeachtet weiter als ein Stigma des asthenisch-enteroptotischen Habitus (Stiller), der nun die andere gangbare Etikette „Magensenkung" erhalten hat.

Vor lauter Technik, Mechanik und örtlichen Störungen haben wir den Sinn für das große Ganze verloren. Dieses Zitat eines so erfahrenen Chirurgen wie A. Krecke in seinem sehr lesenswerten Artikel: Die „kollegiale" Operationsanzeige (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 47/29) hat auch für die hier berührten Fragen Geltung.

Schließlich noch eine Bemerkung zur wirtschaftlichen Seite, die vor allem für die Krankenkassen sich zu einer schweren Belastung auswächst. Während die selbstzahlenden Patienten, soweit ihnen an Erfüllung dieser Pflicht gelegen ist, seltener den Arzt zur Röntgenuntersuchung drängen, ja froh sind, wenn er sie ihnen erspart oder erst nach Ablauf einer Beobachtungszeit in Aussicht stellt, macht man bei Kassenmitgliedern die gegenteilige Beobachtung. Um der unbeliebten Sondeneinführung zu entgehen, wollen viele, unbeschwert durch die finanzielle Frage und in Überschätzung der Leistungsfähigkeit der Methode, womöglich gleich durchleuchtet werden. Als psychisches Beruhigungsmittel ist das Verfahren, von ganz besonderen Fällen abgesehen, doch zu kostspielig, wenn es nicht zur Klärung der Diagnose notwendig ist. Die dahin zielenden Mahnungen der kassenärztlichen Organisationen sollten auch von den zuweisenden Ärzten mehr beachtet werden, wie mir meine Erfahrungen als Mitglied einer Listenprüfungsstelle zeigen.

Ohne als rückständig zu gelten, wird man statt den Kollegen an der Hand besonderer Unterlassungssünden zuzurufen: „Mehr röntgen" besser ihnen unter Hinweis auf die bewährten Untersuchungsmethoden bei den Magenkrankheiten vorstellen: „Weniger, aber mit richtiger Auswahl röntgenen".

---

3. Über einen Fall von Abortus-Bang-Infektion.

Von

Dr. **Stein** in Beckum.

Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Infektion mit Bac. Abortus-Bang zu beobachten.

Der Patient Erich Gr. 31 Jahre alt, kam am 1. 9. 1929 mit hohem Fieber und schweren enteritischen Erscheinungen in meine Behandlung. Da die Milz als derber Tumor palpapel war, schien die Diagnose: Paratyphus gesichert. Im Blut war jedoch der Widal auf Ty. 1 : 50, auf Paraty. 1 : 50, auf Abortus-Bang 1 : 25600.

Aus der Anamnese ist noch besonders hervorzuheben, daß Patient als Monteur in einer Brennerei arbeitete, deren Viehbestand mit Abortus-Bang verseucht war.

Die Blutuntersuchung ergab 7000 Leukozyten mit etwas Linksverschiebung. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit war leicht erhöht. Die Temperatur bewegte sich mit deutlich undulierendem Charakter mit großen Remissionen zwischen 38^0 und 40^0 C. — Therapeutisch waren Silberpräparate, Methylenblau, Septojod, Trypaflavin, Pyramidon usw., ohne jeden Einfluß. Am 25. 9.

Versuch mit Chinin. mur. 3 mal 0,5. Der Erfolg war ein lytisches, aber beständiges Absinken der Temperaturen, die schon nach 2 Tagen über 38,5° C nicht mehr hinausgehen. Demzufolge tritt wesentliche Hebung des bis dahin vollkommen darniederliegenden Appetits und des stark reduzierten Körpergewichts ein, das innerhalb 14 Tagen seine alte Höhe erreicht hat. Der undulierende Charakter des Fiebers bleibt jedoch nach wie vor erhalten. Am 11. 10. Widal 1 : 25600. — Am 18. 10. liegt die Höchstgrenze der Temperaturen noch bei 37,5° C. Der Patient steht auf, am 29. 10. ist die Temperatur zur Norm herabgesunken. Am 9. 11. Widal: 1 : 800.

Wie aus Obigem zu folgern ist, hat die Chininbehandlung eine offensichtliche Wirkung hervorgerufen. Es wurde eine deutliche Besserung durch wesentliche Verkürzung des sonst im allgemeinen sehr langwierigen Fieberbildes herbeigeführt und dadurch der Allgemeinzustand des Erkrankten schon relativ früh wieder auf seine alte Höhe zurückgebracht.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

(Aus der Univ.-Kinderklinik zu Berlin).

1. Entwicklung und Entwicklungsstörungen der Hirntätigkeit im Säuglingsalter[1]).

Von

Albrecht Peiper.

Im Laufe des ersten Lebensjahres entwickelt sich die menschliche Hirntätigkeit rascher als während des ganzen übrigen Lebens. Entwicklungsstörungen zeigen sich oft und führen das Kind zum Arzte; dieser muß deshalb die Hirntätigkeit des gesunden Säuglings kennen, damit er imstande ist, krankhafte Abweichungen zu erkennen.

1. Entwicklung beim gesunden Säugling.

Die Aufnahme der Hirntätigkeit geht bei Mensch und Tier nach einem einfachen Gesetze vor sich: sie erfolgt nämlich in derselben Reihenfolge, in der sich das Gehirn entwicklungs- und stammesgeschichtlich gebildet hat. Zuerst entstand stammesgeschichtlich am Kopfteile des Rückenmarks das Urhirn (Paläenzephalon), zu dem das verlängerte Rückenmark, Mittelhirn, Zwischenhirn und Kleinhirn gehören. Vom Haifisch aufwärts bildete sich dann ein neuer viel größerer Hirnteil, das Neuhirn, (Neenzephalon, Großhirn), von dem schließlich das Urhirn ganz bedeckt wurde. Das Gehirn des menschlichen Neugeborenen, das sich nach dem gleichen Bauplan entwickelt hat, besteht grobanatomisch bereits aus Ur- und Neuhirn. Arbeitsfähig ist aber zunächst nur das Urhirn. Auf diese Tatsache sind die nervösen Besonderheiten des menschlichen Neugeborenen zurückzuführen, den man als Urhirnwesen bezeichnen kann.

Das lebenswichtige Atemzentrum muß natürlich schon beim Neugeborenen ausgebildet sein; es arbeitet bereits in der gleichen Weise wie später, nur atmet der Säugling viel rascher, nämlich etwa 30—40 mal in der Minute.

Alle Sinnesorgane mit den zugehörigen Sinnesnerven sind schon bei der Geburt soweit arbeitsfähig, daß sie von außen kommende Reize aufnehmen und zum Gehirn leiten können. Im Thalamus opticus strömen alle diese Erregungen zusammen, dort befindet sich die Umschlagstelle, wo sie auf die Bewegungsbahnen überspringen, ohne daß also das Neuhirn daran beteiligt wäre.

Diese Bewegungsreaktionen des jungen Säuglings haben ein besonderes Gepräge. Kennzeichnend ist die Schreckreaktion, die durch plötzliche Reizung von jedem Sinnesgebiet aus hervorzurufen ist. Sie besteht in ausfahrenden Bewegungen der Arme und Beine. Moro hat sie als Umklammerungsreflex beschrieben: er löste sie durch einen Schlag auf das Kopfkissen des Kindes aus, doch läßt sie sich in ganz gleicher Weise auch durch andere Reize, z. B. durch plötzlichen Schall- oder Lichtreiz hervorrufen. Beim Erwachsenen bildet das Zusammenfahren den letzten Rest dieser Reaktion.

Ganz ähnlich läßt sich zeigen, daß durch jeden Sinnesreiz vorübergehend der Atemrhythmus verändert wird. Vom Gehör aus sind fast nur derartige allgemeine Reaktionen auszulösen. Von anderen Sinnesorganen aus lassen sich dagegen außerdem noch besondere, nur auf diesem Wege hervorzurufende Reaktionen zustande bringen.

So beantwortet schon der Neugeborene das Einbringen schlecht schmeckender Stoffe, z. B. von Tinctura chinae, in den Mund mit einem eigentümlichen Verziehen des Gesichtes, das später noch beim Erwachsenen bei gleicher Gelegenheit erscheint, nur nicht mit derselben Deutlichkeit. Die Zufuhr besser schmeckender Stoffe führt dagegen zu Saugbewegungen. Ebenso wirkt wiederholtes Beklopfen der Mundmuskulatur, wodurch außerdem noch ein Mundspitzen hervorgerufen wird.

Schmerzreize (Nadelstiche) werden vom Neugeborenen mit einem Zucken des betroffenen Gliedes beantwortet. Bei längerer Dauer des Reizes entsteht eine Bewegungsunruhe, die erst aufhört, wenn der Körper seine Lage so verändert hat, daß der Reiz nicht mehr einwirkt.

Gleichsinnige Augenbewegungen treten beim Neugeborenen im allgemeinen noch nicht auf, vielmehr werden die Augen ziemlich unabhängig

[1]). Fortbildungsvortrag.



Vial's
TONISCHER
Wein
HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS
FÜR
WÖCHNERINNEN
RECONVALESCENTEN
VIAL u. UHLMANN FRANKFURT a.M.
PREIS P. FL. MK. 4,50

voneinander bewegt. Schielstellungen, die sich dabei oft vorübergehend ergeben, haben keine Bedeutung für später. Einem bewegten Gegenstand mit den Augen zu folgen, vermag der Neugeborene nicht. Während über seine Akkomodationsfähigkeit nichts Näheres bekannt ist, steht es fest, daß sich seine Netzhaut ebenso wie beim Erwachsenen an Hell und Dunkel adaptiert. Aus dem Vorhandensein des Purkinjeschen Phänomens schon bei jungen Frühgeburten lassen sich gewisse Schlüsse auf deren Farbennsinn ziehen. Auf Lichteinfall werden die Lider geschlossen und die Pupillen verengert, dagegen fehlt in den ersten Lebenswochen der Lidschluß, wenn man einen Gegenstand plötzlich den Augen nähert. Etwa bis zum 6. Lebensmonat fehlt die Pupillenruhe, jenes unaufhörliche Schwanken des Pupillenrandes, das später nie mehr vermißt wird.

Zahlreich sind in der ersten Lebenszeit die Reflexe des Lage- und Bewegungssinnes. Sie verschwinden zum großen Teile im Laufe des ersten Lebensjahres, können aber später bei Hirnerkrankungen wieder erscheinen. Die gleichen Reflexe sind beim erwachsenen Tier hervorzurufen, indem man höhere Hirnteile durch Schnitte oder Vergiftungen ausschaltet. Es ist daher anzunehmen, daß diese Reflexe durch die Anwesenheit höherer Hirnteile gehemmt werden.

Zu nennen sind z. B. die unsymmetrischen tonischen Halsreflexe auf die Glieder: dreht man das Gesicht des Kindes zur Seite, so werden Arm und Bein der Seite, nach der das Gesicht blickt, gestreckt und auf der Gegenseite gebeugt (Fechterstellung). Weiter gehört hierher das Mitbeugen: wird einem gesunden Säugling plötzlich das eine Bein in Knie und Hüfte gebeugt, so macht fast gleichzeitig das andere Bein die gleiche Bewegung. Sehr eindrucksvoll sind weiter die Gangbewegungen, die sich oft bei reifen Neugeborenen, seltener bei Frühgeburten, nachweisen lassen: stellt man das Kind auf den Tisch und neigt den Oberkörper etwas nach vorn, so schreitet das Kind mit richtigen Schritten über die Tischplatte. Die Beine sind dabei ganz wie bei Littlescher Krankheit nach innen gerichtet, so daß sie sich leicht überkreuzen. Derartige Gangbewegungen verschwinden später und stellen nicht etwa den Beginn des Gehens dar. In der Ruhelage stellt schon der junge Säugling die einzelnen Glieder zueinander und zum Rumpfe richtig; dagegen vermag er noch nicht seinen Körper im Raum richtig zu stellen. Sucht man ihn aufzusetzen, so sinkt er haltlos in sich zusammen, ebenso folgt der Kopf fast ganz der Schwerkraft.

Die von selbst auftretenden Bewegungen des jungen Säuglings unterscheiden sich grundsätzlich von denen der späteren Lebenszeit. Zunächst fehlen noch ganz die feinabgestuften willkürlichen Bewegungen, die ein bestimmtes Ziel verfolgen. Die Bewegungen, für die zunächst nur extrapyramidale Bahnen zur Verfügung stehen, sind vielmehr ausfahrend und ungehemmt, im Wachen bewegt sich der gesunde Säugling fast ununterbrochen.

Nur ein Jahr dauert es, bis aus dieser Entwicklungsstufe ein Kind hervorgegangen ist, das allein geht, einige Worte sprechen kann und einsichtig zu handeln beginnt.

Im 2. Lebensmonat erlernen es meistens die Kinder, bewegten Gegenständen mit den Augen zu folgen. Es sei aber schon hier bemerkt, daß ganz allgemein nur gröbere Abweichungen von derartigen Zeitangaben eine Bedeutung haben. Zwischen dem 2. und 4. Monat stellt sich der Lidschluß ein, wenn plötzlich ein Gegenstand gegen die Augen bewegt wird. Etwa im 2. Monat wird das Lächeln, etwas später das Lachen erlernt, ungefähr zu dieser Zeit werden beim Weinen die ersten Tränen vergossen.

Ende des ersten Lebensvierteljahres wird der Säugling allmählich auf seine Umgebung aufmerksam. Er folgt einem bewegten Gegenstand mit den Augen, hebt den Kopf und wendet ihn dem Schalle zu. Er beginnt im 2. Vierteljahr nach vorgehaltenen Gegenständen zu greifen und so die ersten beabsichtigten Bewegungen auszuführen. Im selben Maße wie sich diese Fähigkeit einstellt, verschwindet das ungeregelte hemmungslose Bewegungsspiel, das den Neugeborenen kennzeichnet. Bekannte Gesichter und Gegenstände wie die Flasche werden wiedererkannt. Die Fähigkeit sich im Raume richtig zu stellen, macht große Fortschritte. Beim Aufsetzen wird zuerst der Kopf richtig gehalten, und wenn dies einigermaßen erlernt ist, braucht auch der Rumpf immer weniger unterstützt zu werden. Ein eigentliches Stillesitzen ist allerdings zunächst noch nicht möglich, es sind vielmehr ständig ziemlich grobe ausgleichende Bewegungen nötig, die den Körper vor dem Umfallen schützen. Etwa mit $^1/_2$ Jahre kann das Kind frei sitzen, bald darauf lernt es auch das Aufsetzen. Beim Hinstellen streckt es die Beine aus.

Schon im Laufe des 2. Vierteljahres bringen manche Mütter ihre Kinder dahin, Harn und Stuhl beim Abhalten zu entleeren, ein Zeitpunkt, der in der Kinderstube sehr erstrebt wird. Meistens wird allerdings dieses Ziel, besonders das Melden des Kindes, erst im 2. Lebensjahre erreicht.

Im 3. Vierteljahre beginnt der Säugling mit Unterstützung zu stehen. Bei immer schwierigeren Anforderungen gewinnt er die richtige Lage im Raum. So werden Oberkörper und Kopf im Raum richtig gestellt, wenn man sein Becken in schräge Lage bringt. Die Aufmerksamkeit des Kindes und seine Teilnahme an der Umgebung vergrößern sich zusehends. Um das Ziel zu erreichen, also etwa den begehrten Gegenstand zu erfassen, bedient sich das Kind allmählich gewisser Hilfsmittel; so zieht es an der Schnur, an der der Gegenstand befestigt ist, oder an der Decke, auf der er liegt.

Im letzten Vierteljahr werden alle Fähigkeiten ständig vermehrt. Mit dem freien Gang, der jetzt erlernt wird, ist das Kind schon recht unabhängig

von seiner Umgebung geworden. Zuerst geht das Kind breitbeinig und benutzt die Arme, um das Gleichgewicht zu erhalten. Etwa um die gleiche Zeit stellen sich die ersten sinnvollen Worte ein.

In ihrem wichtigsten Teil entwickelt sich also die Hirntätigkeit während des ersten Lebensjahres. Später werden im wesentlichen nur die Fähigkeiten weiter ausgebaut, die während dieser Zeit erworben wurden. Jederzeit können sich aber Störungen geltend machen, die durch mehr oder weniger schwere Ausfälle der Hirntätigkeit zustande kommen.

2. Krankhafte Abweichungen der Hirntätigkeit.

Ein wichtiges Krankheitsbild, das leider oft zum Tode führt, ist der apnoische Anfall. Da er durch eine Unreife des Atemzentrums zustande kommt, tritt er am häufigsten bei Frühgeburten in den ersten Lebenstagen und -wochen auf, während er bei reifen Neugeborenen kaum zu beobachten ist. Die Kinder, deren Atmung vielleicht vorher keinerlei Besonderheiten darbot, hören auf einmal auf zu atmen. Sie verfärben sich, werden erst blau, dann weiß, und verlieren ihre ganze Reflexerregbarkeit. In manchmal minutenlangen Zwischenräumen erfolgen einzelne tiefe schnappende Atemzüge, wobei sich der Mund öffnet und der Kopf nach hinten beugt. Die Herztätigkeit bleibt in diesem gefährlichen Zustand zunächst erhalten. Erholen sich die Kinder, so tritt die gewöhnliche Atmung wieder an die Stelle der Schnappatmung, die rosige Hautfarbe kehrt zurück und die Reflexerregbarkeit stellt sich wieder her. Oft aber erlischt die Atmung vollkommen, die Herztätigkeit wird immer schwächer und erlischt schließlich gleichfalls. Damit ist dann der Tod eingetreten. Die apnoischen Anfälle können ganz aus heiterem Himmel auftreten, sind aber doch bei schlechtem Allgemeinzustand besonders zu fürchten und pflegen sich dann zu häufen. Es handelt sich bei ihnen um ein plötzliches Versagen des entwicklungs- und stammesgeschichtlich jüngsten Bestandteiles des Atemzentrums, von dem die gewöhnliche Atmung geregelt wird. Ihm kommt im Anfall das tiefer stehende, jetzt enthemmte Schnappzentrum zu hilfe.

Da jeder apnoische Anfall das Kind in größte Lebensgefahr bringt und immer sofort eingegriffen werden muß, ist eine gute Überwachung der Frühgeburten, zumal in den ersten Lebenstagen, dringend notwendig. Im Anfall empfiehlt sich künstliche Atmung durch regelmäßiges Zusammenpressen des Brustkorbes, der mit beiden Händen umfaßt wird. Weiter bewähren sich Sauerstoffzufuhr durch einen Katheter in den Schlund oder in den Magen, intramuskuläre Einspritzungen von 1 ccm = 0,003 g Lobelin (Reizung des Atemzentrums) und schließlich als letztes, aber manchmal noch erfolgreiches Hilfsmittel die Einspritzung von $^1/_2$ mg Adrenalin unmittelbar in das Herz. Mit diesen Mitteln läßt sich bei guter Überwachung ein Teil der Kinder retten, selbst wenn sie eine ganze Reihe von Anfällen durchmachen. Ist erst einmal die Zeit der Anfälle überwunden, so bietet die Atmung später keine Besonderheiten.

Die meisten anderen Entwicklungsstörungen machen sich erst im Laufe des ersten Lebensjahres geltend. So ist der Schwachsinn beim Neugeborenen nur zu erkennen, wenn er mit sichtbaren körperlichen Abweichungen verbunden ist, z. B. mit Mongolismus, Mikrozephalie, Wasserkopf oder dgl. Ist aber der Körper des Kindes wohl gebildet, so wird der Schwachsinn erst deutlich, wenn die Entwicklung allmählich hinter den gleichaltrigen Kindern zurückbleibt. Natürlich ist er auch in solchen Fällen angeboren. Je nach der Schwere des Zustandes tritt der Unterschied früher oder später hervor; die leichtesten Formen verraten sich erst weit jenseits der Säuglingszeit, wenn das Kind in seinen Schulleistungen zurückbleibt. Schwachsinnige Kinder entwickeln sich also auch, nur langsamer und bis zu einer niedrigeren Endstufe als ihre gesunden Altersgenossen. Schwachsinnige Kinder sind erziehbar. Was aus ihnen schließlich herausgeholt wird, hängt zum großen Teil von den Einflüssen ihrer Umgebung ab. Die Kinder sollten deshalb, wenn irgend möglich, heilpädagogisch behandelt werden.

Der schwachsinnige Säugling ist ungeschickt beim Saugen. Er fixiert und greift nicht oder gewinnt diese Fähigkeiten erst mit großer Verspätung. Die Vorgänge in seiner Umgebung, für die der gesunde Säugling so rege Teilnahme beweist, lassen ihn gleichgültig. Er hat keine Lust am Sitzen oder Stehen und versteht es nicht, sich dabei mit den Armen festzuhalten. So kann es mehrere Jahre dauern, bis das Laufen erlernt wird. Manchmal wird diese Fähigkeit überhaupt nicht erworben. Bei schwerstem Schwachsinn sind die Kinder nicht einmal imstande, ihren Kopf im Gleichgewicht zu erhalten, wenn sie aufgesetzt werden. Einsichtiges Handeln, wenn auch nur in beschränkten Grenzen, wird nur von einem Teil der Kinder mit großer Verspätung erlernt.

Der schwachsinnige Säugling ist durch sein plumpes und ausdrucksloses Gesicht gekennzeichnet. Die Zunge wird mit Vorliebe zwischen die Lippen gesteckt, als ob sie zu groß wäre. Seine Lippen schließen sich nicht genügend, so daß der Speichel nach außen abfließt. Das Lachen wird dagegen selbst von schwachsinnigen Säuglingen erlernt. Manche gewöhnen sich daran, eigentümliche schnalzende Laute mit Zunge und Lippen hervorzubringen und sie manchmal stundenlang zu wiederholen.

Es gibt eine Form des Schwachsinnes, bei der die Kinder besonders schreckhaft sind. Während die oben beschriebene Schreckreaktion beim gesunden Säugling nach einigen Monaten ziemlich verschwunden ist, tritt sie bei diesen Kindern nach

jedem beliebigen Sinnesreiz mit großer Deutlichkeit auf. Die Hemmungen, die sich allmählich bilden sollen, sind ausgeblieben; der Reiz breitet sich daher ungehemmt über andere Bahnen aus, so daß die Kinder bei geringem Anlaß in große anhaltende Bewegungsunruhe geraten. Das Kind behält damit den Zustand bei, den in geringerem Maße jeder Neugeborene durchläuft. Auch in der Form der Spontanbewegungen bleibt das schwachsinnige Kind in vielen Beziehungen auf einer früheren Entwicklungsstufe stehen. Die willkürlichen Bewegungen fehlen. Dafür erhalten sich die strampelnden ungehemmten Bewegungen der ersten Lebenszeit und die oben beschriebenen tiefstehenden Reflexe des Lage- und Bewegungssinnes (z. B. Umklammerungsreflex und unsymmetrische tonische Halsreflexe auf die Glieder). Werden später nach normaler Entwicklung durch Krankheit höhere Hirnteile ausgeschaltet, so erscheinen diese paläenzephalen Reflexe aufs Neue. Der sogenannte Oppenheimsche Freßreflex (Lippenbewegungen nach Berührung des Mundes) ist nichts weiter als der Saugreflex des Neugeborenen.

Zu dieser allgemein gehemmten Gehirnentwicklung tritt beim schwachsinnigen Säugling manchmal noch der Ausfall einzelner Sinnesgebiete. So fehlt nicht selten jede Geschmacksreaktion. Auch Schmerzreize, z. B. Nadelstiche, werden von manchen schwachsinnigen Säuglingen ohne jede Reaktion hingenommen, was diagnostisch wichtig ist.

Der Schwachsinn ist durchaus kein einheitliches Krankheitsbild, es gibt vielmehr eine Reihe ursächlich und klinisch verschiedener Krankheiten, denen nur das Symptom des Schwachsinnes gemeinsam ist. Besonders häufig wird der Schwachsinn begleitet von Ausfällen der Hirntätigkeit auf motorischem Gebiet. So treffen oft spastische Lähmungen wie bei der Littleschen Krankheit oder der zerebralen Kinderlähmung oder auch nur vereinzelte Augenmuskellähmungen (Schielen) mit Schwachsinn zusammen. Das gleiche gilt für die Krämpfe Diese bestehen in tonisch-klonischen Muskelzuckungen, die anfallsweise auftreten und das gewöhnliche Bewegungsspiel in grober Weise verändern. Ihre Häufung im Säuglingsalter ist wohl auf die Unreife und dadurch bedingte leicht eintretende Arbeitsunfähigkeit höherer Bewegungszentren zurückzuführen, von denen für gewöhnlich die niederen Zentren gehemmt werden. Ist es doch im Tierversuch gelungen, durch operative Ausschaltung derartiger Zentren krampfartige Bewegungen auszulösen.

Aus dem klinischen Bilde des einzelnen Krampfanfalles allein kann die zugrundeliegende Krankheit in der Regel nicht erkannt werden, oft vermag aber doch eine eingehende Untersuchung die Lage zu erklären. Krämpfe in den ersten Lebensmonaten werden stets den Verdacht auf Epilepsie wachrufen, selbst wenn sie in den nächsten Monaten und Jahren ganz ausbleiben sollten. Hat sich doch bei Nachuntersuchungen herausgestellt, daß die Kinder selbst nach langen Zwischenräumen an unzweifelhafter Epilepsie erkranken können. In der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres, nicht vorher, bildet die Tetanie (Spasmophilie) häufig die Ursache der Krampfanfälle. Weiteren Anlaß während der ganzen Säuglingszeit bieten schwere Ernährungsstörungen (Toxikosen) und schwere Infektionen aller Art, so die Hirnhautentzündung und die Pyurie, bei der man eben wegen dieser Neigung zu Krämpfen eine „meningitische" Form besonders hervorgehoben hat.

Wenn der Eintritt des Todes von Krämpfen begleitet wird, was im Säuglingsalter oft vorkommt, so spricht man von terminalen Krämpfen. Es kommt dabei in der Regel nicht zu einem schweren Krampfanfall, wie er bei der Epilepsie auftritt, vielmehr zu einzelnen zitternden Bewegungen in einigen Muskeln, etwa in den Gliedern, in der Zunge oder in den Augenmuskeln.

Die Behandlung der Krämpfe richtet sich nach der Grundkrankheit. Außerdem sind narkotische Mittel nötig, um den einzelnen Anfall zu bekämpfen. Für das Säuglingsalter empfiehlt sich das Chloralhydrat in Mengen von etwa 0,5 g. Es wird mit Schleim vermischt und so dem bewußtlosen Kinde, das während des Anfalles nicht schlucken kann, angewärmt als Darmeinlauf gegeben. In schlechtem Allgemeinzustand oder bei Frühgeburten ist die Empfindlichkeit des Säuglings für Chloralhydrat größer; deshalb empfiehlt es sich, bei den terminalen Krämpfen von diesem Mittel ganz abzusehen. In zweifelhaften Fällen wird man zunächst eine kleinere Gabe anwenden, deren Wirkung abwarten und sie dann, wenn nötig, erhöhen.

Nicht jedes Zurückbleiben der Hirnentwicklung bedeutet eine bleibende Hemmung; es handelt sich vielmehr oft nur um vorübergehende Zustände. Jede länger dauernde ernste Krankheit, die den Säugling befällt, — gleichgültig, welcher Art sie ist, — hält die Entwicklung seiner Hirntätigkeit ebenso auf, wie die seines Körpers. Selbst Rückschritte, d. h. Verlernen erworbener Fähigkeiten, sind dabei nicht selten. Die Kinder werden mißgestimmt, verlernen das Lachen vollkommen, nehmen keinen Anteil mehr an den Vorgängen in ihrer Umgebung und verlieren die Lust und die Fähigkeit zu stehen oder zu sitzen. Gelingt es das Grundleiden zu beheben, so stellt sich das verloren gegangene Können in kurzer Zeit wieder ein.

Besonders auffallend sind die Störungen der Hirntätigkeit, von der die Rachitis, zumal in ihren schweren Formen, begleitet wird. Derartige Kinder sind stumpf und teilnahmslos gegenüber ihrer Umgebung. Will man sich mit ihnen beschäftigen, so beginnen sie zu schreien. Das reiche Bewegungsspiel, das den gesunden Säugling im Wachen kennzeichnet, fehlt gänzlich. Da diese Kinder keine Lust am Gehen oder

Stehen haben, gehen die Fähigkeiten verloren oder werden zum mindesten keine Fortschritte gemacht. Die ständige Rückenlage vieler Rachitiker begünstigt das Entstehen von Lungenentzündungen. Merkwürdig ist das Verschwinden der Geschmacksreaktion, die in schweren Fällen wohl stets vermißt wird. Besteht die Krankheit lange Zeit, so bleiben die Kinder weit hinter ihren Altersgenossen zurück und können z. B. mit mehreren Jahren noch nicht laufen und nur unvollkommen sprechen. Trotzdem gibt die „zerebrale Rachitis" keine schlechten Aussichten für die spätere Leistungsfähigkeit des Gehirns, sondern ist mit antirachitischer Behandlung zum Verschwinden zu bringen.

Die Entwicklung der Hirntätigkeit ist also nicht nur von angeborenen Anlagen abhängig, sondern auch von dem allgemeinen Gesundheitszustande des Kindes. Durch eine zweckmäßige Anleitung wird sie begünstigt. Mütter, die Zeit und Lust haben, sich mit ihren Kindern reichlich zu beschäftigen, bringen diese im allgemeinen rascher vorwärts als manche Anstalten, in denen nur für die körperliche Pflege ausreichend gesorgt ist. Die statischen Fähigkeiten werden durch einfache Übungen, die jede Mutter vornehmen sollte, begünstigt. Ob es jedoch notwendig und zweckmäßig ist, besondere Lehrer für die Säuglingsgymnastik auszubilden, scheint mir schon mit Rücksicht auf die Kosten doch recht zweifelhaft.

---

2. Untersuchungen über die Urobilinogenreaktion im Urin bei Karzinomkranken.

Von

Oberarzt Dr. **Vieten** in Uchtspringe.

In der kürzlich erschienenen Neuauflage des Matthesschen Handbuches „Differentialdiagnose innerer Krankheiten" als auch in früheren Auflagen bespricht der Autor eingehend die Bedeutung der Urobilinogenprobe als diagnostisches Hilfsmittel.

Allgemein kann wohl gesagt werden, daß positiver Ausfall der Urobilinogenprobe im Urin bei einer Erkrankung für Mitbeteiligung der Leber spricht.

Andererseits findet sich auch häufig ein positiver Ausfall der betreffenden Reaktion bei Karzinom des Verdauungstraktus. Nach E. Meyer soll in diesen Fällen eine Metastasierung in die Leber stattgefunden haben.

Untersuchungen von Scholz haben jedoch die Angaben Meyers nicht bestätigen können. Scholz fand bei verschiedenen Fällen von Magenkarzinom wohl starken Ausfall der Urobilinogenreaktion im Urin, jedoch erwies sich die Leber bei der Operation frei von sichtbaren Metastasen.

Ich möchte nun kurz meine Beobachtungen darüber mitteilen, die bis zum Jahre 1923 zurückliegen. Ich habe meine Untersuchungen nur auf Magen- und Uteruskarzinom beschränkt, da letztere bekanntlich ebenfalls häufig in die Leber metastasieren. Von 9 Kranken mit Magenkarzinom ergab die Operation bei 6 Fällen keine sichtbaren Metastasen in der Leber. Die häufiger angestellte Urobilinogenreaktion ergab bei 4 Fällen einen positiven Ausfall vor der Operation, der nach derselben anfangs nicht mehr gefunden wurde, später jedoch hin und wieder erneut auftrat. In 2 anderen Fällen war der Ausfall vor und nach der Operation negativ. Bei den übrigen 3, die sämtlich zur Sektion kamen, wurden metastatische Prozesse in der Leber einwandfrei festgestellt. Hierbei hatte die Urinprobe stets einen starken Ausfall der Urobilinogenreaktion ergeben.

Bei den Fällen von Uteruskarzinom wurden in einem Fall bei der Sektion Metastasen in der Leber festgestellt; die Urinuntersuchung auf Urobilinogen war längere Zeit negativ, ergab dann kurz vor dem Exitus ein positives Resultat.

Weitere Untersuchungen müssen jedoch noch ergeben, ob die Urobilinogenprobe differentialdiagnostisch in dem Sinne zu verwerten ist, daß positiver Ausfall obiger Reaktion bei Magen oder Uteruskarzinom für Metastasierung in die Leber spricht.

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Welche Schlüsse kann der Praktiker aus dem Blutbilde ziehen?[1]

Von

Prof. Dr. **Viktor Schilling** in Berlin.

Die praktische Blutuntersuchung hat in den letzten Jahren entgegen kritischen Voraussagen sehr an Boden gewonnen, vor allem durch die Unterstützung von Untersuchungsstellen und von Laborantinnen, die dem vielbeschäftigten und meist überlasteten Praktiker die zeitraubende Bearbeitung der Blutpräparate abgenommen haben. Es haben sich aber auch nicht wenige Praktiker, besonders Fachärzte, davon überzeugt, daß eine regelmäßige Heranziehung des Blutes in eigener Arbeit durchaus wertvoll ist und unerwartete Einblicke in Krankheitsprozesse gestattet, die sich sonst der ärztlichen Kontrolle ohne klinische Beobachtung ganz entziehen. Wie mir zahlreiche Zuschriften gezeigt haben, sind nicht wenige Ärzte durch die schöne und interessante mikroskopische Erforschung neuer Gebiete der Pathologie zu wissenschaftlichen Studien angeregt worden, die

[1]) Vortrag im „Ärztlichen Rundfunk" Berlin.

sich mit relativ geringen Mitteln auch im Arbeitszimmer des alleinstehenden Praktikers ausführen lassen und haben dadurch eigene Erfahrungen zu dem neuen Thema beitragen können. Heute liegt nach etwa 20jähriger gemeinsamer Arbeit, die sich auf die großen theoretischen Grundlagen von Ehrlich, Türk, Pappenheim, Naegeli u. a. aufbaute, besonders gefördert durch die Arnethsche Idee der Kernverschiebung, die „Praktische Blutlehre" soweit durchgearbeitet vor, daß sich ihre Grundzüge ziemlich gefestigt und in meiner Formel des Hämogramms eine weitverbreitete Standardmethode gefunden haben[1]) (Nr. 1).

Hämogramm 1.

Name Datum Krankheitstag	Zahl der Leukozyten	Basophile	Eosinophile	Neutrophile: Myelozyten	Jugendliche	Stabkernige	Segmentkernige	Lymphozyten	Gr. Mononukleäre	Dicker Tropfen
normal	normal	1	3	—	—	4	63	23	6	P (+) BP —

Die Vorzüge einer solchen einfachen Grundformel sind folgende: die Ergebnisse verschiedener Untersucher werden ohne weiteres vergleichbar und Schwierigkeiten der ehemals sehr komplizierten hämatologischen Nomenklatur sind fortgefallen.

Das Resultat der Untersuchung, das sich aus vielen Komponenten zusammensetzt, liegt ohne weiteres klar vor Augen, stets in derselben Folge.

Die normale Grundformel steht dabei vor dem Auge des Geübten oder wird in dem Schema vorgedruckt; dadurch werden Abweichungen von den physiologischen Mittelwerten rasch nach Art und Umfang erkannt.

Wir wollen zunächst die Frage stellen, was eigentlich mit der Hämogrammformel des Blutbildes erfaßt wird.

Die Formel gibt der Reihe nach an: Zahl der Leukozyten; die Differentialzahlen der einzelnen Ehrlichschen Leukozytenklassen, die Arnethsche Kernverschiebung in meiner wesentlich einfacheren und histologischer begründeten Form und den Befund im Dicken Bluttropfen.

Wir wollen diese Komponenten jede für sich betrachten:

Die Zahl der weißen Blutkörperchen bildete früher die Hauptgrundlage der Blutbild verwertung in der Klinik, so sehr, daß noch heute vielfach der Hauptwert auf das genaue Auszählen der weißen Blutkörperchen gelegt wird. Das Hämogramm begnügt sich in der Regel für die praktische Untersuchung mit der Schätzung nach leicht erkennbaren Stufen: Verminderung oder Leukopenie; normale Zahl; Vermehrung oder Hyperleukozytose in verschiedenen Graden. Dies kann ein Geübter in wenigen Sekunden bei schwacher Vergrößerung am Ausstrich schätzen und er erspart dadurch die mühsame und praktisch ganz undurchführbare genaue Kammerzählung der Weißen.

Diese geschätzte Zahl sagt nun dem Praktiker völlig ausreichend, ob der Fall zu den leukopenischen oder den leukozytotischen Krankheitsgruppen gehört, die sich im allgemeinen ziemlich deutlich gegenüberstehen. **Verminderungen** zeigen z. B. in der Regel die Grippe, die echten Typhen, Malaria und andere tropischen Infektionen und die schweren Erkrankungen der hämatopoetischen Organe, die mit dem Schwund ihrer Keimzellen einhergehen. Hierher gehören auch manche Milztumoren vom Bantitypus, akute leukopenische Leukämien, die jetzt vielfach geschilderten Agranulozytosen oder malignen Neutropenien, gelegentlich maligne Metastasen im Knochenmark.

Hyperleukozytotisch sind die akuten Infektionen vom septischen Typus, die Pneumonien, alle eitrigen Prozesse mit wenigen Ausnahmen, der Scharlach u. a., vor allem natürlich die Leukämien mit ihren gewaltigen Zahlen, die mit einem Blick in das Präparat die Diagnose Leukämie gestatten können, obgleich es auch Leukämien ohne besondere Vermehrungen und mit Verminderungen gibt.

Die geschätzte Zellzahl erlaubt also oft schon einen großen Trennungsstrich und kann allein entscheidend sein, z. B. wenn es sich um Diagnose Grippe oder kruppöse Pneumonie, spastischer oder entzündlicher Ileus und vieles andere handelt.

Um nicht zu theoretisch zu bleiben, werde ich immer einige einfache praktische Beispiele einfügen.

Als Konsiliarius werde ich zu einer alten Dame gerufen, die an einer fieberhaften Angina gangraenosa mit schwerer Erschöpfung leidet. Der erste Blick in das Präparat zeigt ganz abnorm wenige Leukozyten statt der zu erwartenden Hyperleukozytose.

Hiermit war schon der Fall aus dem Rahmen der üblichen Sepsis gerückt. Größte Vorsicht ist notwendig, denn erfahrungsgemäß sind solche Fälle von übelster Prognose. Wir werden den Fall nachher wieder aufnehmen, um ihn weiter zu zergliedern.

Das Gegenbeispiel ist ein anderer konsiliarischer Fall, der mehr als ein Jahr wegen „Schwäche" mit allerlei Symptomatizis behandelt wurde. Erst einem Stellvertreter des Hausarztes fiel der Leibesumfang auf; er fühlte eine große Milz und erbat das Konsilium, da er nur eine geringe Leukozytenzahl in der Zählkammer errechnete. Ein Blick in das Präparat zeigte eine riesige Vermehrung der Leukozyten; es lag ein Rechenfehler um eine Dezimalstelle vor. Die Leukämie war schon durch die geschätzte Leukozytenzahl (etwa 100000 Leukozyten im cmm) absolut gesichert.

Die feinere Bewertung erfährt das Blutbild aber erst durch die Differenzierung der Ehrlichschen Zellklassen; die Zunahme

[1]) Verfasser, „Das Blutbild". 7. u. 8. Auflage. Gustav Fischer, Jena. 1929. „Praktische Blutlehre". 4. u. 5. Auflage. Gustav Fischer, Jena. 1927.

einer oder mehrerer Zellarten trägt ihre besondere Note in das sonst zahlenmäßig gleiche Bild. Bekannt sind die „*Eosinophilien*" als Hinweis auf allergische Prozessse, in der Praxis vielfach wertvoll auf Wurminfektion, die auch allergische Phänomene auslöst. Bekannt ist die „*lymphozytotische*" Gruppe der Infektionskrankheiten wie Typhus, Malaria, gutartige Tuberkulosen, Lues; sie hebt sich deutlich heraus gegen die üblichen Zunahmen der *neutrophilen* Leukozyten bei den meisten akuteren oder stark aktiven Infektionen. Hohe absolute Lymphozytosen charakterisieren die lymphatischen Leukämien und Aleukämien auch bei niedriger Gesamtzahl.

Die *Monozyten* sind erst in den letzten Jahren als wichtige Gruppe aufgetreten und geben manchmal Hinweise auf *remittierende* Infektionen besonderer Art, die sich im übrigen weniger ausprägen, z. B. Lues, chronische Malaria, Tuberkulosen, Endokartitis lenta.

Manchmal läßt sich schon aus der Vermehrung *einer* Zellgruppe allein ein praktischer Schluß ziehen (Nr. 2):

Hämogramm 2.

Zahl der Leukozyten	Basophile	Eosinophile	Neutrophile: Myelozyten	Neutrophile: Jugendliche	Neutrophile: Stabkernige	Neutrophile: Segmentkernige	Lymphozyten	Gr. Mononukleäre	Dicker Tropfen
	—	53,5	—	—	2	20	$20\frac{1}{2}$ gr. $\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	P+++ PP—

Eine bejahrte Patientin wird von der Poliklinik wegen Hunterzunge und Nervenerscheinungen, Paraesthesien, Verdauungsstörungen als „*Anämia perniziosa*" angesehen und zur weiteren Begutachtung geschickt. Das einmalige Blutbild ambulant zeigt keine Veränderung der Roten, aber *Eosinophilie über 40 Proz.* Der Patientin wird gesagt, daß eine Wurminfektion vorliegen könne. Dadurch aufmerksam beachtete sie ihren Stuhlgang und fand zufällig am nächsten Tage gerade *einen langen abgestorbenen Bandwurm.* Da keine Eier mehr zu finden waren, wurde Patientin als geheilt entlassen; sie besserte sich völlig und blieb danach bis heute zwei Jahre gesund[1]).

Vereinigt man den Zahlbefund mit der besonderen Note durch die Differentialzahl, so kommen schon recht charakteristische Typen heraus, die ausschlaggebend sein können, z. B. die starke absolute Lymphozytose der Lympholeukämien, die eosinophile Hyperleukozytose der Gewebswurminfektionen, Trichinose und Filariose, die hohen neutrophilen Hyperleukozytosen bei septischen Prozessen.

In bescheidenem Maße erlaubt die Höhe der Zahlen und der Prozentwerte auf die Intensität des Prozesses zu schließen, z. B. bei Peritonitis, Appendizitis u. a.

[1]) Veröffentlicht Abhandl. aus d. Geb. d. Auslandskunde, Hamb. Universität. 26. Reihe D. Medizin 2. 1927.

Ich gebe einige Beispiele zur praktischen Verwertung von Zahl + Differentialwert:

Die vorher erwähnte alte Dame mit Angina hatte bei sehr niedriger Gesamtzahl fast nur normale Lymphozyten und Monozyten; es handelte sich also um die Schulzsche „Agranulozytose", die wir lieber in Anlehnung an *Türk* „maligne Neutropenie" nennen wollen.

Dieses Symptom ist in der Regel tödlich, doch sollen Röntgenbestrahlungen ab und an helfen.

Der sofortige Rat nach Durchsicht eines Ausstriches in wenigen Minuten konnte also sein: *unbedingte Verlegung in die Klinik zur Röntgenbehandlung.*

Dieser Rat lag aber der Kranken und den Angehörigen nicht. Ein neuer Konsiliarius wurde geholt und veranlaßte ohne Kenntnis unseres Befundes und ohne eigene Blutuntersuchung die Zuziehung eines Halsspezialisten, der die ganze Krankheit für eine übliche Angina erklärte und sie in 14 Tagen zu heilen versprach,

Die Patientin verstarb jedoch am nächsten Morgen entsprechend unserer Voraussage.

Diese Kombinationen von Zahl und Differentialbild waren die Grundlage der früheren klinischen Blutbildverwertung und wurden im wesentlichen differentialdiagnostisch gebraucht.

Es ergaben sich aber schwere Enttäuschungen in schwierigeren Fällen, besonders durch das Niedrigbleiben der Zahlwerte und uncharakteristisches Differentialbild in ganz besonders schweren Fällen, die dann als „Versager" galten.

Hier setzte die dritte Komponente des Hämogramms ein, die Arnethsche Kernverschiebung. *Arneth* zeigte, daß in allen Fällen von stärkerer Beanspruchung eines Leukozytensystemes, besonders der wichtigsten Klasse der Neutrophilen, sich die Art der Zellen selbst ändert; es treten andere, jüngere Kernformen auf, *die aus dem Knochenmarke einwandern.* Diese Beobachtung ergänzte ich durch den Nachweis geschädigter, degenerativer Zellen, die zentral und peripher gebildet werden, in solchen Fällen. Die Neutrophilen des Hämogrammes sind eingeteilt: in die *regenerativen* Typen *Myelozyten* und *Jugendliche* und als dritte Klasse die *Stabkernigen*, die reifende oder teilweise auch schlecht ausgebildete (*degenerative*) Neutrophile umfassen. Diese drei Klassen werden neben den reifen gut ausgebildeten *Segmentkernigen* besonders registriert.

Hierdurch entsteht eine neue Unterteilung der Blutbilder: genau die gleichen Blutbilder nach Zahl und Differentialzahl kommen sowohl ohne, wie mit Kernveränderungen, mit *fehlender*, mit *regenerativer* und mit *degenerativer* Kernverschiebung vor. *Die regenerativen Verschiebungen bedeuten im allgemeinen akute und aktive Infektionen, die degenerativen chronische, torpide oder toxisch einwirkende Prozesse. Vorhandensein irgendeiner Kernverschiebung spricht für Infektionen und Intoxikationen, Fehlen gegen sie.*

Ein gut aussehender russischer Durchreisender wünscht in der Sprechstunde Angabe eines geeigneten Bades. Ärztlicher Bericht besagt Abmagerung in letzter Zeit, Nervosität, Verdauungsstörungen. Diagnose: Nervöser Zusammenbruch durch Aufregungen in der Revolution und Inflation.

Hämogramm 3.

Zahl der Leukozyten	Basophile	Eosinophile	Neutrophile: Myelozyten	Neutrophile: Jugendliche	Neutrophile: Stabkernige	Neutrophile: Segmentkernige	Lymphozyten	Gr. Mononukleäre	Dicker Tropfen
normal	—	2	—	—	24,5	47	21,5	5	

Es fällt eine deutliche Zyanose auf; auf der Reise ist Husten aufgetreten. Atemgeräusche etwas katarrhalisch. Sicherheitshalber wird trotz fehlender klinischer Anhaltspunkte das Hämogramm ausgeführt. Die Zahl ist normal; die Differentialzahl ebenfalls, *aber unter den Neutrophilen sind sehr viel Stabkernige*, also Pathologische, die für Infektion chronischer Art sprechen. P. entschließt sich auf ernstes Zureden zu einer Röntgenaufnahme der Lunge. Befund: initiale Miliartuberkulose. P. wird sofort nach seiner Heimat zurückgeschickt und erliegt bald der Krankheit. Die Angehörigen bedanken sich für die schnelle entscheidende Diagnose und richtige Maßnahme.

Diese dritte Querlinie durch das Blutbild verfeinert die Diagnostik in außerordentlicher Weise. Ihr Hauptwert liegt aber auf dem symptomatischen Gebiete: *die Kernverschiebung ist ein feiner Gradmesser der Aktivität eines bekannten Prozesses.* Damit gewann die Blutbilduntersuchung weitgehende klinische Brauchbarkeit, auch dort, wo keine Diagnosen zu stellen wären; sie wird ein klinisches Beobachtungsmittel wie die Temperatur und der Puls, bemerkenswert durch seine geringe Beeinflußbarkeit durch psychische Zustände und Simulation.

Ein Patient leidet seit Jahren an Spasmen und Koliken in der Gallengegend. Er stellt sich wieder einmal vor, da die Spasmen etwas stärker waren wie früher. *Er hat bisher kein Fieber*, sieht aber auffallend gelblich und schlecht aus. Eine sofort gemachte Schnellfärbung zeigt starke Hyperleukozytose und Neutrophilie von 90 Proz., während der Patient früher nur wenig veränderte Leukozytenwerte hatte, eher niedrige Werte und Lymphozytose.

Hämogramm 4.

Zahl der Leukozyten	Basophile	Eosinophile	Neutrophile: Myelozyten	Neutrophile: Jugendliche	Neutrophile: Stabkernige	Neutrophile: Segmentkernige	Lymphozyten	Gr. Mononukleäre	Dicker Tropfen
Hyperl. stark	—	—	1	17,5	21,5	50	5,5	4,5	P ++½ BP —
			90 Proz.						

Das Hämogramm (Nr. 4) ergab eine sehr starke Kernverschiebung; es waren sogar einzelne Myelozyten und sehr viele Jugendliche unter den 90 Proz. Neutrophilen. *Damit wurde der Fall über die Bedeutung einer einfachen spastischen Reizung erhoben.* Hier mußte schwere Einwirkung auf das Knochenmark, Ausschwemmung junger Regenerationsformen, vorliegen, das *Zeichen aktivster Infektion*, Überschwemmung der Blutbahn mit Giften und wahrscheinlich auch Bakterien. Die Diagnose lautete nunmehr: *schwere exacerbierte Cholangitis.* Trotzdem der Patient nicht zur Operation geneigt war und eher an seine oft geheilten Spasmen glauben wollte, wurde auf Verlegung in die chirurgische Klinik bestanden, wo die Erscheinungen sich steigerten, Fieber eintrat und die sofortige Laparotomie schwer entzündete, eitrige Gallenwege ergab. Der Patient konnte noch gerettet werden.

Diese symptomatische Brauchbarkeit der Blutuntersuchung wuchs, als es gelang, eine gewisse biologische Regel der Reihenfolge der Leukozytenveränderungen, meine „biologischen Leukozytenkurven", zu erschließen. *Das Blutbild ist kein starres Phänomen, wie man früher glaubte, bedingt durch die Art des Erregers allein, sondern in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle läuft das Spiel der Zellen nach der Regel ab: erst die Neutrophilen, dann die Monozyten, endlich die Lymphozyten und Eosinophilen.* Ich benannte diese drei Phasen nach ihrer klinischen Bedeutung als *neutrophile Kampfphase, monozytäre Überwindungsphase, lymphozytär-eosinophile Heilphase.* Man kann jetzt als Praktiker schon einem einmaligen Blutbilde mit einiger Wahrscheinlichkeit ansehen, ob es noch in die Zeit der andringenden oder schwer einwirkenden Infektion, oder in die Krisis oder schon in die Heilungszeit hinein gehört. Auch bei chronischen Prozessen, wie z. B. Tuberkulose, deutet das Blutbild die derzeitige Reaktionslage an, ob noch aktive Infektion, ob schon Neigung zur Umkehr, ob zurzeit günstige Heilungstendenzen vorherrschen. Mehrere, in Abständen entnommene Hämogramme sichern die Richtung oder den Ablauf des Prozesses im Vergleich zur Grundkurve. Diese biologischen Leukozytenkurven sind relativ unabhängig von der Art, Größe und Dauer des Prozesses; sie stellen sich nach dem Gesamtverhalten des Körpers zum infektiösen Prozesse ein, haben damit bedingte prognostische Bedeutung und können in sehr wertvoller Weise das Urteil über den Verlauf latenter und akuter Prozesse, die Indikation für Operationen, die Wirkungen einer Therapie sprechen.

Ein besonders dankbares praktisches Anwendungsgebiet ist die Tuberkulose wegen ihrer oft schleichenden Entwicklung:

Ein anscheinend gesunder junger Kollege entdeckte auf einer ganz zufällig von ihm gemachten Röntgenaufnahme fleckige Zeichnungen, die von Röntgenologen als exsudative Herde angesprochen werden. *Hämogramm zeigt neutrophile Kampfphase ausgeprägt.* Trotzdem der Patient sich ganz wohl fühlte, wird sofortige Überführung in Tuberkuloseheilstätte vorgeschlagen. Der Vater, selbst Arzt, war empört über diese seines Erachtens völlig falsche Diagnose. Der Patient ging schließlich auf dringendes Zureden als Assistent in eine Tuberkuloseheilstätte, konnte aber dort seinen Dienst gar nicht mehr antreten, sondern mußte mit florider Oberlappenphthise in strenge Behandlung gehen, die erst nach Monaten zur Besserung führte. Hier ist die große Überlegenheit der objektiven Blutkontrolle über die subjektiven Urteile zweier verständiger, ärztlich Gebildeter sehr bemerkenswert.

Bei seiner Wiedervorstellung zeigte er das Bild der lymphozytotischen Heilphase, weit gebessertes Röntgenbild und entsprechende klinische Besserung.

In diesem Sinne verwertet, ersetzt das Blutbild, besonders in gewissen Intervallen wiederholt, mühsame klinische Beobachtungen und ermöglicht dem Praktiker tiefe Einblicke in den Ablauf der sonst nur in fortgesetzten Beobachtungen zu erfassenden Infektionsprozesse. Die letzte Komponente des Hämogrammes, der „Dicke Tropfen", erfaßt nach der genialen Idee von Ronald Roß die Blutparasiten in angereicherter und leicht feststellbarer Form. Weiter lassen sich nach meinem Vorschlage die Eosinophilen prozentual rasch kontrollieren. Endlich kann man in hervorragender Weise durch die Netzfigürchen der jungen blauen Erythrozyten einen sehr wertvollen Eindruck von der roten Blutbildung bekommen, ihre Reizung und ihre Degeneration als basophile Punktierung bemessen. Ohne Zählung der Erythrozyten und ohne Hämoglobinbestimmung gewinnt man damit einen tiefen Einblick in Störung und Reparation der roten Blutbildung. Dieses Bild wird ergänzt durch die Betrachtung der Erythrozyten des Ausstriches, die die Formveränderungen wie Poikilozytose und Megalozytose, die die farbarme, normale oder hyperchrome Beschaffenheit erkennen läßt.

Auch der Dicke Tropfen allein ermöglicht sehr wertvolle Diagnosen:

Eine Patientin erkrankte auf der Rückkehr von Ägypten an Fieber, wird auf der Reise und in der Heimat untersucht, schließlich drei Wochen bei einem namhaften Magendarmspezialisten auf Gallenleiden behandelt, weil sie leicht ikterisch war und über heftige Leibbeschwerden klagte. Nach Entfieberung Entlassung nach Hause. Hier schwerer Rückfall. Der Arzt schickt ein Präparat an eine Untersuchungsstelle, die den Dicken Tropfen mir zusandte. Sofortige Diagnose: Malariaparasiten. Heilung durch Chinin.

Ein seit vier Jahren gründlich an Gallenleiden behandelter, oft ikterischer Kranker wird ambulant untersucht. Dicker Tropfen: sehr starke Polychromasie. Milztumor palpabel. Verdacht auf hämolytischen Ikterus, der durch die Resistenzprüfung bestätigt wurde.

Ebenso werden okkulte Blutungen, Bleiintoxikationen usw. sehr oft schon durch den Dicken Tropfenbefund aufgedeckt.

(Da nicht zum Thema gehörig, sei nur kurz erwähnt, daß mit der Heranziehung der Erythrozytensenkung nach Fahraeus-Westergren und mit der neuen „Guttadiaphotmethode nach Meyer-Bierast-Schilling" weitere Stützen und Verfeinerungen der Verwertbarkeit der Blutuntersuchung in der Praxis sicher gewonnen sind.)

Welche Schlüsse kann also der Praktiker aus dem Blutbilde ziehen?

Soviele, daß sie im Rahmen dieses Vortrages nur andeutungsweise und in großen Gruppen vorgeführt werden konnten.

Diese Schlüsse betreffen lange nicht mehr nur die Blutkrankheiten, sondern weite Gebiete der Inneren Medizin, der Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie.

Sie betreffen die feinere Differentialdiagnose und helfen bei der Bewertung ambulanter Kranker, lange Beobachtung oft ersetzend. Sie überwachen den Verlauf der schweren Infektionen und zeigen die Indikation zum schnellen operativen Eingriffe. Sie sprechen das Urteil der Aktivität chronischer Krankheitszustände und sichern ihre wirkliche Ausheilung und den Erfolg unseres therapeutischen Handelns.

Alle diese Schlüsse sind aber auf feinste Indizien aufgebaut und setzen voraus, daß das Präparat absolut richtig bearbeitet wurde und daß der Beurteiler das Gebiet aus eigener Erfahrung beherrscht, um vor falschen Schlüssen und technischen Fehlern sicher bewahrt zu werden.

---

2. Wie kann der Praktiker die Untersuchung auf Blutsenkungsgeschwindigkeit ausführen und verwerten?

Von

Prof. Dr. **Hans Hirschfeld** in Berlin.

Die Untersuchung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten ist eine so einfache Methode, daß sie jeder Praktiker auf seinen Schreib- oder Instrumententisch, eventuell sogar auf einem Fensterbrett ohne irgendwelche Schwierigkeiten ausführen kann. Ich persönlich ziehe die Apparatur von Westergren allen anderen vor, betone aber ausdrücklich, daß auch andere Apparate Gutes leisten. Man gewinnt das Blut durch Venenpunktion mittels einer 2 ccm-Spritze, die man vorher bis zum Teilstrich 0,4 mit einer 3,8 proz. Lösung von Natrium citricum gefüllt hat. Man sticht dann in die Vene ein und saugt das Blut bis zum Teilstrich 2 ccm auf, spritzt es in ein Reagenzglas oder eine Schale, schüttelt gut durch und saugt die Mischung in die langen dem Apparat beigegebenen Röhren bis zum obersten Teilstrich auf. Diese Röhren kommen nun in das Gestell, wo sie mittels einer Feder, die eine Gummiplatte trägt, so fest verschlossen werden, daß sie nicht auslaufen können. Man liest dann nach 1 Stunde, eventuell auch noch nach 2 Stunden ab, bis zu welchem Teilstrich sich die Erythrozyten gesenkt haben. Im Durchschnitt senken die Blutkörperchen beim Manne in 1 Stunde 3—5, in 2 Stunden 6 bis 10 mm, beim Weibe in der 1. Stunde 3—8, in der 2. 8—12 mm. Es gibt auch eine Reihe von Mikroapparaturen, die zwar nicht so exakt arbeiten wie die großen, aber doch für die Bedürfnisse des Praktikers ausreichen dürften. Ich erwähne z. B. den Mikrosedimeter von Roulet (Fabrikant Paul Altmann, Berlin NW 6, Luisenstraße 47, Preis 5 M.), bestehend aus einem federnden Metallsockel mit Gummiverschluß, in welchen das Mikrosedimeter (Pipette mit Teilung von 0 bis 50 mm) hineingesteckt wird.

Das zu untersuchende Blut wird aus der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommen, es genügen 6—7 Tropfen, dann in einem Uhrschälchen mit 2 Tropfen einer 3 5 proz. Lösung von Natrium citricum vermischt und in die Pipette durch Kapillarattraktion hineingebracht, wobei man

letztere möglichst wagerecht halten muß. Jetzt schließt man mittels starkem Fingerdruck die obere Öffnung der Pipette und drückt die Spitze in den federnden Sockel mit Gummiverschluß am Boden. Die normalen Stundenwerte der Senkungsgeschwindigkeit für diesen Apparat sind: bei Männern 2—5 mm, bei Frauen 4—7 mm.

Auch der Mikrohämosedimeter von H. Langer und W. Schmidt, bei welchem das Auslaufen der mit Blut gefüllten Röhrchen dadurch verhindert wird, daß man dieselben in kleine Reagenzgläser steckt, deren Boden etwas Quecksilber enthält, ist recht brauchbar. Allen diesen Apparaten sind ausführliche Gebrauchsanweisungen beigegeben.

Wenn nun gefragt wird, wie der Praktiker die Untersuchungsergebnisse der Senkungsgeschwindigkeit verwerten kann, so muß zunächst hervorgehoben werden, daß die Methode, ähnlich wie die Temperaturmessung, keine spezifische ist und bei sehr vielen Erkrankungen Ausschläge gibt. In erster Linie sei bemerkt, daß eine beschleunigte Blutsenkung immer beweist, daß ein organisches in den Stoffwechselchemismus eingreifendes Leiden vorliegen muß. Da sogar schon die Verdauung einen Einfluß ausübt, soll man im nüchternen Zustand oder wenigstens in den frühen Vormittagsstunden das Blut entnehmen; man muß auch daran denken, daß die Menstruation, vorausgegangene Impfungen, parenterale Eiweißinjektionen, ja schon ein Schnupfen die Senkung beschleunigen kann und daß vor allem die Schwangerschaft, namentlich in der zweiten Hälfte, eine sehr starke Senkungsbeschleunigung hervorruft. Das gleiche gilt von Anämien jeder Art.

Erst wenn man alle eben genannten Zustände als ausgeschlossen betrachten kann, ist es erlaubt aus dem positiven Ausfall der Reaktion Schlüsse zu ziehen.

Die ausgedehnteste praktische Anwendung hat die Methode bei der Therapie der Lungentuberkulose gefunden. Wenn im Verlauf einer Kur die Senkungsgeschwindigkeit abnimmt, so ist hierin ein günstiges Vorzeichen zu sehen, während eine zunehmende Beschleunigung auf Progredienz des Prozesses hinweist. Die Reaktion muß aber öfter angestellt werden, wenn man einen guten Einblick in den Verlauf des Leidens haben will, man muß eine Kurve anlegen, einmalige Untersuchungen lassen sich kaum verwerten. Natürlich ist stets das gesamte klinische Bild zu berücksichtigen und auch andere Untersuchungsmethoden, z. B. die Feststellung des weißen Blutbildes, sind gleichzeitig mit heranzuziehen.

Bei chronischen Gelenkaffektionen sprechen beschleunigte Senkungen für einen entzündlichen Prozeß, normale für Arthritis deformans.

Bei Lebererkrankungen muß man bei beschleunigter Senkung an entzündliche Affektionen denken.

Maligne Tumoren zeigen auch erhöhte Blutsenkung, benigne Tumoren normale; sind aber benigne Geschwulstbildungen mit Infektion oder Blutungen kompliziert, so kommt es auch hier zu erhöhten Senkungen, andererseits beeinflussen beginnende bösartige Neubildungen keineswegs immer die Senkung.

Da alle entzündlichen Prozesse die Senkung der Erythrozyten beschleunigen, so ist die Methode auch anwendbar zur Entscheidung der Frage, ob irgendeine entzündliche dem Auge nicht direkt zugängliche Erkrankung schon zur Ruhe gekommen ist oder nicht. Öfter steht man z. B. vor einer solchen Schwierigkeit bei den weiblichen Adnexerkrankungen.

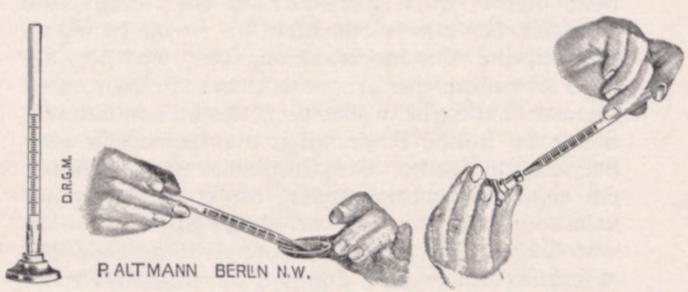


Fig. 1. Einfaches Mikrohämosedimeter (D. R. G. M.) nach F. Roulet zur Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten (vgl. Med. Welt 1928 H. 19).

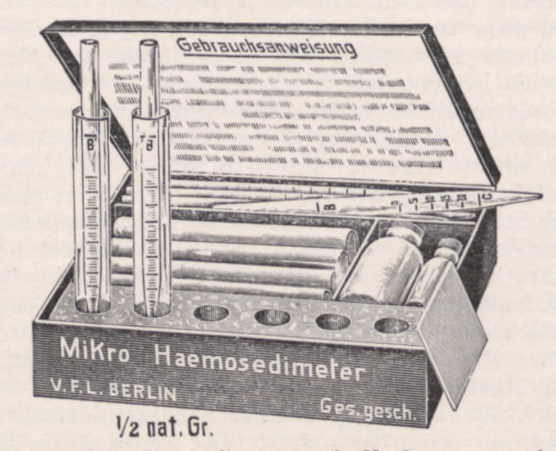


Fig. 2. Mikrohämosedimeter nach H. Langer und W. Schmidt D. R. G. M. (vgl. Z. Kinderheilk. 1926 Bd. 41 H. 1/2). Verwendung geringster Blutmengen. Kein Aufsaugen mit dem Mund, nur Kapillaritätswirkung. Quecksilberverschluß gegen Auslaufen. Kleinstes Taschenformat, daher leicht transportabel. Einfache Ausführung der Methode. Mit ausführlicher Gebrauchsanweisung 12 M.

Solange also eine erhöhte Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten feststellbar ist, kann ein vorhandenes Leiden noch nicht als beseitigt gelten.

Man darf aber nicht in den Fehler verfallen und glauben, daß eine normale Senkungsgeschwindigkeit nun beweist, daß ein Mensch organisch gesund ist. Wie viele andere charakteristische Krankheitszeichen kann natürlich auch das Symptom der beschleunigten Senkung der roten Blutkörperchen mal fehlen.

Die Methode ist also nur mit großer Sorgfalt und Kritik anzuwenden.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Neue Fragen in der Klinik der syphilitischen Mesaortitis

behandelt H. Schlesinger (Wien) (Med. Klin. 1930 Nr. 1). Die Aortenaffektion ist die häufigste syphilitische Organerkrankung der Spätperiode. Eine Abnahme der Frequenz durch die Salvarsantherapie hat Schl. bisher nicht feststellen können. Selbst im hohen Alter spielt die Mesaortitis eine bedeutende Rolle. Die Kardinalsymptome sind: ein eigenartiger brennender, oft stundenlang anhaltender Schmerz hinter dem Brustbein, ein systolisches Geräusch über dem Aortenostium bei akzentuiertem zweiten Ton und normalem Druck, die röntgenologisch nachweisbare Erweiterung der aufsteigenden Aorta, die positive Blutreaktion. Wichtig ist besonders die Kenntnis der atypischen Formen. So kann dauernd Hypertension bestehen und zwar auch ohne Nierenschädigung und ohne zerebrale Komplikationen. Verdächtig auf Mesaortitis ist schon das Vorhandensein der Aortalgie bei einem Nichtraucher. Verdächtig ist ferner ein dauerndes systolisches Geräusch über der Aorta bei einem Kranken unter 50 Jahren, der keine Endokarditis durchgemacht hat. Ebenso ist auch eine Stenokardie oder eine kardiale Dyspnoe ohne voraufgegangene Infektion oder Intoxikation bei einem Menschen unter 50 Jahren suspekt. In der Ätiologie der Angina pectoris spielt die Lues eine große Rolle, Schl. fand sie bei etwa einem Drittel seiner Kranken. Das gleichzeitige Vorhandensein von Aorteninsuffizienz mit Angina pectoris ist gleichfalls verdächtig, da dieses Zusammentreffen sonst nur selten vorkommt. Die Seroreaktion ist in etwa einem Drittel der Fälle negativ. Zwischen Infektion und Manifestwerden der Aortenerkrankung liegen gewöhnlich 12 bis 15 Jahre.

Prognostisch unterscheidet Schl. eine benigne von einer malignen Form. Nicht wenige Fälle verlaufen, wie Greisenautopsien gezeigt haben, nur langsam progredient oder sind stationär. Umgekehrt gibt es besonders bei Jugendlichen maligne Formen, die trotz antiluetischer Kur rasch fortschreiten.

Bei der Behandlung lehnt Schl. große Salvarsandosen ab wegen der Gefahr einer Herxheimerschen Reaktion (prolongierter stenokardischer Anfall oder kardiale Dyspnoe). Er beginnt mit einer Jod-Wismutbehandlung mit nachfolgender langsam einschleichender Salvarsantherapie; im ganzen gibt Verf. 3—4 g Salvarsan. Eine eingeschobene unspezifische Proteinkörpertherapie kann die Resultate noch bessern. Von der Malariabehandlung hat Schl. keinen erheblichen Nutzen, aber bisweilen schwere Zufälle gesehen. — Weniger günstig sind die Erfolge bei der kardialen Dyspnoe bzw. bei dem kardialen Asthma auf luetischer Basis. Die spezifische Behandlung führt Schl. auch bei Dekompensation durch. Neben der typischen Herztherapie wird eine leichte antiluetische Behandlung vorgenommen: zuerst Jodnatrium 1—2 g täglich, später Wismut oder Salyrgan, danach Spirozid bzw. Stovarsol. Nur bei Arrhythmia perpetua, erheblichen renalen Komplikationen und schwerster Herzschwäche unterbleibt die spezifische Therapie.

Asthma bronchiale nach Selbstbeobachtung.

Hierüber berichtet Natannsen (Hamburg) (Dtsch. med. Wschr. 1930 Nr. 7). Die Asthmaanfälle traten zuerst auf im Anschluß an eine im Felde erlittene Kohlenoxydvergiftung. Die Selbstbeobachtung zeigte, daß die Beschwerden bei Nebel und Regen zunahmen, während starker Wind nicht ungünstig wirkte. Die Erklärung hierfür wie für das Auftreten des Leidens überhaupt ergab eine zufällige Beobachtung: Als N. die Reinigung eines Zentralheizungsofens überwachte, verspürte er bei einer geringfügigen Rauchentwicklung aus den Schlacken eine intensiv bittere Geschmacksempfindung, der sofort ein schwerer Asthmaanfall folgte; es bestand dabei Pulsverlangsamung (Vagusreizung). Die gleiche Situation löste jedesmal genau den gleichen Anfall wieder aus. Die Asthmaanfälle sind also als Reflexneurose zu deuten, verursacht durch eine erworbene Überempfindlichkeit gegen Rauchgase. N. glaubt, daß diese Ätiologie auf eine große Anzahl von Asthmatikern zutreffe. Der schädliche Einfluß von Nebel und Regen wird durch die ungenügende Luftzirkulation erklärt, die in der Großstadt zu einer Anhäufung von Rauch und Gasen (Auspuffgasen der Autos!) führt. Therapeutisch rühmt N. besonders das Ephetonin, das, weniger toxisch als Adrenalin, auch peroral gegeben werden kann. Die neuerdings in den Handel gekommenen Perlen zu 0,01 g (die Tabletten enthalten 0,05 g) sind genügend wirksam.

Über Mißerfolge der Lebertherapie der perniziösen Anämie und ihre Ursachen.

Nach Schulten (Hamburg) (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 2) beruhen die vermeintlichen Mißerfolge fast ausnahmslos auf einer falschen Diagnose oder auf einer unrichtigen Anwendung der Lebertherapie. Es herrscht Einigkeit darüber, daß die Leberbehandlung nur bei der echten Perniziosa hilft, nicht aber bei anderen Anämien. Eine exakte Diagnose ist also die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Wird im Magensaft freie Salzsäure nachgewiesen, dann kann hier-

aus allein schon mit größter Wahrscheinlichkeit eine perniziöse Anämie ausgeschlossen werden. Fehler entstehen oft bei Ungeübten durch ungenaue Errechnung des Färbeindex. In Zweifelsfällen ist auf Megalozyten zu fahnden, die sich bei unbehandelten Fällen fast stets in großer Zahl finden. Eine sehr einfache Methode ist die Halometrie, die auf der Schätzung des durchschnittlichen Erythrozytendurchmessers beruht. Ein wenig bekanntes Symptom ist die sogenannte Rechtsverschiebung der neutrophilen Leukozyten, d. h. die übermäßig starke Segmentierung. Fehler kommen ferner vor bei malignen Tumoren mit Knochenmetastasen, Blutungsanämien und hämolytischem Ikterus. Zu Verwechselungen führt auch die sogenannte achylische Chloranämie, bei der auch die freie Salzsäure im Magensaft fehlt, die aber nicht das charakteristische Blutbild hat. Hier nutzt die Lebertherapie nichts. Am Platze sind große Eisendosen (ferr. red. 3—10 g).

Auch bei echter perniziöser Anämie kommen Versager vor in weit vorgeschrittenen Fällen, die auch mit Bluttransfusionen nicht mehr solange am Leben erhalten werden können, bis die Lebertherapie wirksam wird, d. h. wenigstens 5—10 Tage. Bei schweren interkurrenten Infektionen kommen gleichfalls Versager vor. Sehr wichtig ist die genaue Überwachung der Kur. Es genügt nicht, einfach ein Leberpräparat zu verschreiben und dann abzuwarten. Es müssen vielmehr Blutbefund und Allgemeinbefinden sorgfältig kontrolliert werden. Stellt sich nicht nach spätestens 10 Tagen eine wesentliche Besserung ein, dann muß entweder die Dosis erhöht oder das Präparat gewechselt werden. Tritt auch hierdurch kein Erfolg ein, dann muß Trocken- oder Frischleber in Dosen von wenigstens 500 g gegeben werden und zwar nicht gekocht. Bei dieser Behandlung, die konsequent durchgeführt werden muß, sind leberrefraktäre Fälle äußerst selten.

H. Rosin und K. Kroner (Berlin).

---

2. Chirurgie.

Zur Verständigung über die Behandlung der Basedowkrankheit

schreibt der bekannte Münchener Chirurg Krecke in der Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 7. Verfolgt man die Literatur über die Basedowsche Krankheit, dann fällt jedem auf, welche Unterschiede in der Beurteilung der Erfolge zwischen Chirurgen, Internen und Röntgenologen vorliegen. Wir lesen, daß die Mortalität bei der Operation ungefähr 5 Proz. beträgt, während die Röntgenologen nur von $^1/_2$ Proz. Todesfällen berichten. Wir lesen, daß die Röntgenologen über 80 Proz. Heilungen schreiben, ein Hundertsatz, der bei der Operation bei weitem nicht erreicht wird. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf, ist es denn wirklich die gleiche Krankheit, über die hier die einzelnen ihre Resultate wiedergeben? Und hier lassen die meisten Veröffentlichungen im Stich. Man muß immer noch verlangen, daß zu der Diagnose Basedow die klassische Trias gehört, wie sie der Entdecker beschrieben hat: Schilddrüsenvergrößerung, Herzklopfen über 100 Schläge und Exophthalmus. Hierzu kommen Steigerung der nervösen Erregbarkeit und Erhöhung des Grundumsatzes. Versucht man die Statistiken nach diesen Gesichtspunkten zu lesen, dann ergibt sich, daß unter den erfolgreich konservativ behandelten Fällen solche eingereiht sind, die lediglich einen mehr oder weniger großen, vielleicht auch nur vorübergehend vorhandenen Schilddrüsenschaden aufweisen. Gerade unter diesen Fällen aber sehen wir zahlreiche, die ohne jede lokale Therapie heilen. Es kann darum eine richtige Beurteilung über die Therapie und deren Erfolge nur dann durchgeführt werden, wenn die Fälle nach einheitlichen Gesichtspunkten eingeteilt werden. (Näheres hierüber siehe in den Leitsätzen am Schluß dieses Referats). Die hierbei unter Gruppe 1 und ein Teil der Fälle von Gruppe 2 können unbedenklich der Röntgenbehandlung unterworfen werden. Diese hat hier sehr beachtenswerte Erfolge. Allerdings soll sie zunächst nicht länger wie 8 Wochen durchgeführt werden. Ist bis dahin eine wesentliche Besserung nicht erzielt worden, dann soll operiert werden. Für die Gruppe 3 ist für die Frage, ob überhaupt noch operiert werden kann, die Pulsfrequenz maßgebend. Ist sie dauernd über 120 Schläge in der Minute, dann muß zunächst von der Operation Abstand genommen werden. Dieses bedeutet aber keineswegs, daß der Kranke als sicher dem Tode verfallen anzusehen ist. Vielmehr gelingt es meist, durch Bettruhe, Ausschaltung aller psychischen Reize, Beruhigungspräparate, prophylaktische Röntgenbestrahlung, den Kranken, allerdings mitunter erst nach Monaten, in einen Zustand zu bringen, in welchem die Operation mehr Aussicht auf Erfolg gibt, wie zuvor. Für diese Fälle mißt Krecke der Bestimmung des Grundumsatzes nicht den entscheidenden Wert bei, wie andere Autoren, sieht allerdings doch bei einer Steigerung über 180 eine Gegenindikation der Operation. Über die von der Mayo-Klinik in Amerika propagierte Jodvorbehandlung des Basedow nach Plumner kann er noch kein endgültiges Urteil abgeben. Einen ganz wesentlichen Fortschritt dagegen sieht er in der Anwendung der Avertinnarkose bei der Operation, die die Psyche völlig ausschaltet. Sie ist berufen, die operativen Aussichten gerade dieser schweren Fälle ganz erheblich zu verbessern. Seine Ausführungen faßt Krecke in folgende Leitsätze zusammen:

1. Eine Verständigung über die beste Behandlung des Morbus Basedowi kann nur durch eine genaue Umgrenzung des Begriffes M. B. erreicht werden.

2. Es empfiehlt sich, alle mit Schädigung des Gesamtorganismus einhergehenden Schilddrüsen-

vergrößerungen, mögen dieselben nun mit Exophthalmus verbunden sein oder nicht, unter dem Namen Schilddrüsenschäden (Thyreosen, Hyperthyreosen, Thyreotoxikosen) zusammenzufassen. Das Bestehen eines Exophthalmus muß dabei durch die Bezeichnung „mit Basedowsyndrom" ausgedrückt werden.

3. Je nach der Schwere, zumal der Herz-, Nerven- und Stoffwechselstörungen (Grundumsatz), soll man diese Schilddrüsenschäden in drei Gruppen einteilen: leichte, mittelschwere und schwere Schilddrüsenkranke.

4. Die Gruppe 1 umfaßt Strumen mit subjektiven Herzbeschwerden, sowohl bei Bewegung als auch in der Ruhe, Herzklopfen, keine objektive Pulssteigerung, leichte nervöse Erscheinungen, Grundumsatz unter 130. Kein Exophthalmus.

5. Die Gruppe 2 umfaßt Strumen (oft pulsierende) mit erheblichem Herzklopfen, auch in der Ruhe, Tachykardie bis zu 120 Schlägen, mittlere nervöse Erscheinungen. Exophthalmus kann vorhanden sein, fehlt aber meistens. Grundumsatz zwischen 130 und 150.

6. Die Gruppe 3 umfaßt Strumen mit starkem Gefäßschwirren und mit schweren Schädigungen des Nervensystems und der Herztätigkeit, Tachykardie von mehr als 120 Schlägen. Zu dieser Gruppe gehören alle Fälle von wahrem Basedow, die den Symptomenkomplex Exophthalmus, Herzklopfen, schwere Tachykardie, schwere nervöse Zustände, starke Abmagerung, aufweisen. In einigen Fällen kann der Exophthalmus fehlen. Grundumsatz meist über 150.

7. Die innere Behandlung, vor allen Dingen die durch Röntgenstrahlen, ist nur bei den Kranken der Gruppe 1 und 2 angezeigt und wirksam. Die Röntgenbehandlung darf nicht zu lange ausgedehnt werden. Bei den Kranken der Gruppe 3 ist die Röntgenbestrahlung in der Regel unwirksam und nur in Ausnahmefällen zu versuchen.

8. Die chirurgische Behandlung darf nicht zu lange hinausgeschoben werden, bis eine irreparable Schädigung des Kreislaufs und des Stoffwechsels eingetreten ist. Bei den ganz schweren Basedowfällen ist die chirurgische Behandlung verboten.

9. Gegenanzeigen gegen die Operation bilden: ausgedehnte Herzinsuffizienz, Tachykardie über 130, Durchfälle, hochgradige Abmagerung, hochgradiges Gefäßschwirren, schwere Erregbarkeit, Grundumsatz über 180.

10. Bei allen schweren Basedowfällen ist eine entsprechende Vorbereitungskur zu unternehmen. Die Vorbereitung mit Jodgaben scheint berufen, die Aussichten der Operation zu verbessern.

11. Die Operation des Basedowkropfes soll stets in Avertinnarkose vorgenommen werden. Dem Kranken ist der Tag der Operation zu verschweigen.

12. Bei der Operation ist eine beiderseitige Resektion anzustreben, bei schweren Fällen ist der Eingriff auf die einseitige Resektion zu beschränken. Hayward (Berlin).

3. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Tuberkulose und Schwangerschaft

wird von Max Beckmann und Arnold Kirch-Wien (Gyn. u. III. med. Abt. d. Wilhelminenspitals: L. Adler und W. Neumann) einer eingehenden Untersuchung unterzogen (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2). Eine absolute Klarheit für die Indikationsstellung wird aber auch hierdurch nach Meinung des Ref. nicht erreicht. Verff. sagen zum Schluß: Für den ganzen Komplex der Indikation Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose, aber auch für die Stellungnahme des Arztes bei der Frage, ob bei einer Frau mit Tuberkulose eine zukünftige Schwangerschaft eine Gefahr bedeute, handelt es sich nicht nur um die Erkenntnis des derzeitigen Prozesses und seine Qualifikation, es ist nicht nur zu entscheiden, ob die Tuberkulose derzeit aktiv ist oder nicht, wir müssen wenigstens mit einer praktisch ausreichenden Wahrscheinlichkeit die Dynamik der Tuberkulose einschätzen können, das heißt, im voraus den zukünftigen Verlauf unter gegebenen oder angenommenen Voraussetzungen mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit bezeichnen können. Wir haben diesen Begriff gewählt, nicht nur aus allgemein-biologischen Gesichtspunkten, sondern weil wir nur bei solcher Auffassung der prognostischen Einschätzung der Tuberkulose gerecht werden können.

Die Psychotherapie des Gynäkologen

wird von Johann Susmann Galant-Moskau einer ausführlichen Erörterung und einer strengen, nach Ansicht des Ref. sehr berechtigten Kritik unterzogen (Mschr. Geburtsh. Bd. 81 H. 1/2). Das Wesentliche ist, daß die Psychotherapie dem geschulten Psychiater überlassen werden soll. Vor der Psychoanalyse (Freud) kann der Frauenarzt nicht genug gewarnt werden. Die Psychoanalyse kann in der Hand des in der Methode nicht geübten Frauenarztes sehr gefährlich werden, für den Arzt selbst nicht weniger als für die Patientin. Das erotische und erotisierende Moment, das in der psychoanalytischen Methode steckt, kann bei Fehlgriffen, besonders in der Sprechstunde des Frauenarztes zu den schlimmsten Mißverständnissen führen, die sodann den Zustand der Patientin bedeutend verschlimmern und dem Arzt einen ungerechten Verdacht mit allen seinen Folgen bis zur Anklage vor Gericht zuziehen können. Aber selbst wenn der Frauenarzt glaubt, daß er die psychoanalytische Methode voll beherrscht, so darf er von ihr keinen Gebrauch machen, weil sie bestenfalls in die Psychotherapie des Frauenarztes nicht gehört. Die Symptome und Symptomenkomplexe, die der Frauenarzt psychotherapeutisch zu behandeln hat, sind meist einfacher Natur, und es ist eher zu erwarten, daß der Frauenarzt durch eine unzweckmäßige Psychoanalyse die Sache komplizieren und jedenfalls nicht heilen wird. Was überflüssig

ist, kann nie von Nutzen und recht häufig schädlich sein. Darum sagt der Verf.: Die Psychoanalyse ist in der Gynäkologie streng kontraindiziert.

Die Wertung des sogenannten Phrenikussymptoms bei unterbrochener Extrauteringravidität

wird von G. A. Bakscht-Leningrad (Geb.klink. d. Staatl. geb.gyn. Instituts: A. Markowsky*) erörtert (Mschr. Geburtsh. Bd. 81 H. 1/2). Das Phrenikussymptom (Ph. S.) betrifft den Schulterschmerz, der vornehmlich in der rechten Schulter lokalisiert ist. Es verdankt seine Entdeckung Uehlecker und ist das Resultat einer Reizung der sensibeln Fibrillen des N. phren., die sich im Bereich der unteren Oberfläche des Diaphragmas verästeln und dann durch das Lig. suspensorium hepatis auf die konkave Oberfläche der Leber übergehen. Unter zirka 50 operierten Kranken beobachtete Verf. das Ph. S. 10 mal. Es wäre von praktischem Interesse, wenn dies Symptom mehr beachtet und man bei der Anamnese hierauf besonders Rücksicht nehmen würde.

Die Bedeutung des Kauffmannschen Versuchs für die operative Gynäkologie

wird von Heinz Küstner und Heinz Siedentopf-Leipzig (Univ.-Frauenkl.: H. Sellheim) ausführlich besprochen (Z. Geburtsh. Bd. 94 Nr. 2). Der Wert dieser Untersuchungsmethode liegt in der Einfachheit ihrer Ausführung und in der Exaktheit, mit der man leichte Herzkreislauffunktionsstörungen erkennen und danach behandeln kann. Wir haben damit ein Mittel, um bei jeder Patientin eine Herzfunktionsprüfung anzustellen, zu der wir sonst komplizierte Apparate benötigten. Wir sind nicht mehr auf die einfachen physikalischen Untersuchungsmethoden bei der Diagnose von Herzstörungen angewiesen, sondern wir sind in der Lage, die Leistungsfähigkeit eines an sich vielleicht gesund erscheinenden Herzens zu prüfen. Die Auskultation und Perkussion des Herzens ist zur Erkennung schwerer Fehler nicht entbehrlich, aber die leichten Fälle entgehen uns damit. Durch weiter durchgeführte systematische Untersuchungen wird sich der praktische Wert dieser Methode für den operativ tätigen Arzt so fördern lassen, daß der Kauffmannsche Versuch zur täglichen Untersuchungsmethode wird, genau wie die Temperaturmessung, das Pulszählen und die Urinuntersuchung. Ref. stimmt dem vollkommen zu und hat in einer Mitteilung in der Med. Klin. 1928, 1 auch bereits auf die Bedeutung dieser Methode hingewiesen, die auf seiner Abteilung seit einem Jahr regelmäßig angewendet wird.

Zur Behandlung intraperitonealer Blutungen. Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen

gibt Fr. Kok-Halle/Saale Univ.-Frauenkl.: Nürnberger) einen wichtigen Beitrag (Z. Geburtsh. Bd. 94 Nr. 2). Das Resultat der ausgezeichneten Arbeit, die man im Original lesen sollte, faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen: Beim Kaninchen konnten von dem Zurücklassen körpereigenen Blutes in der Bauchhöhle keinerlei nachteilige Folgen für das Tier festgestellt werden; vor allem auch werden peritoneale Verwachsungen dadurch nicht hervorgerufen. Von größter Bedeutung für die Entstehung von Adhäsionen sind alle mechanischen Schädigungen des Peritoneums, auch der Reiz durch stärkeres Auswischen mit trockenen Tupfern. Das durch Aderlaß entnommene, in die Bauchhöhle zurückgegebene Blut wird sehr rasch und reaktionslos resorbiert (auch die Blutkoagula). Die Resorption dieses Blutes ist für die Erholung des anämisch gemachten Tieres von großem Nutzen; sie beschleunigt die Blutneubildung und verhindert bei lebensbedrohlichen Blutungen unter Umständen den Verblutungstod. Es ist nicht die größere Flüssigkeitsmenge, sondern es sind die spezifischen Blutelemente, die resorbiert diesen günstigen Einfluß ausüben. Diese Versuchsergebnisse bestätigen unsere bisherigen klinischen Erfahrungen mit dem Zurücklassen des Blutes. Bei der Behandlung von sehr ausgebluteten, moribunden Fällen von geplatzter Eileiterschwangerschaft ist die schnelle Blutstillung und die möglichst rasche Durchführung der Operation das allerwichtigste; in derartigen Fällen kann bei strenger Asepsis unbedenklich auf die Entfernung des Bauchhöhlenblutes verzichtet werden. Abel (Berlin).

Auswärtige Briefe.

Brief aus Niederländisch-Indien.

Von

Prof. Dr. **Ernst Rodenwaldt,**
Inspekteur beim Dienst der Volksgesundheit für Ost-Java.

Seit ich Ihnen vor zwei Jahren zum letzten Mal über das medizinische Leben in Niederländisch-Indien berichtete, haben sich in dieser sich rasch entwickelnden Kolonie Veränderungen vollzogen in der Richtung einer zwangsläufigen Entwicklung zur Dezentralisation.

Ein staatliches Gebilde, das unter den einfacheren wirtschaftlichen Verhältnissen vor 25 Jahren bei zentraler Zusammenfassung des gesamten Verwaltungsdienstes noch einen gesunden Organismus bildete, würde hydrozephal geworden sein, wenn auch nach der weitgehenden Differenzierung seiner Glieder jede actio und reactio weiter die Zentrale berühren sollte.

Nur in zögerndem Tempo folgt die Organisation des Sanitätsdienstes diesem Sprunge in der Entwicklung der Kolonie, der einen Bruch mit der Vergangenheit bedeutet und dessen Auswirkungen zunächst kaum ganz reibungslos bleiben werden. Der Dienst der Volksgesundheit aber bedarf ruhiger Kontinuität.

Das ärztliche Personal besteht aus den europäischen und indischen Ärzten. Die ärztliche Hierarchie läuft von den gouvernements-indischen Ärzten, gouvernements-indischen Ärzten I. Kl., Gouvernementsärzten, Gouvernementsärzten I. Kl., Hauptgouvernementsärzten, Direktoren der großen Krankenhäuser, Chefs der Gesundheitsdienste der großen Städte, Adviseurs des Dienstchefs, Inspekteurs bis zum Hoofdinspekteur.

Die Gouvernementsärzte haben sich seit etwa 6 Jahren ausschließlich aus Holländern rekrutiert, Ausländer werden nicht mehr angenommen.

Zur privaten ärztlichen Praxis in Niederländisch-Indien werden ohne weiteres zugelassen Personen mit niederländischem Diplom, Ausländer aus den Ländern, deren Hochschulstudium dem holländischen gleichwertig geachtet wird, müssen zur Erlangung der Niederlassungserlaubnis in Weltevreden das volle medizinische Examen ablegen, wie es für die indischen Ärzte vorgeschrieben ist. Das Examen ist schwer, es wird zudem noch erwartet, daß mindestens ein halbes Jahr die Vorlesungen besucht werden, um Einblick in die besonderen medizinischen Verhältnisse der Kolonie zu gewinnen. Die Zahl der Ausländer, denen die Ablegung des Examens nicht geglückt ist und die enttäuscht wieder fortgegangen sind, war in den letzten Jahren größer, als die der Erfolgreichen.

Was den privatärztlichen Dienst angeht, so sind die großen und mittleren Städte heute schon so überfüllt mit Ärzten, daß der Konkurrenzkampf mitunter unerfreuliche Formen annimmt, was bei dem bisherigen Fehlen einer Standesordnung und Vertretung nicht angenehm ist. Eine eigentliche Landpraxis kann es nicht geben, weil die niedere Bevölkerung nicht zahlungsfähig ist. Aus dem gleichen Grunde kann auch von der Einrichtung eines Kassenwesens vorläufig keine Rede sein. Leidlich gut bezahlt sind die Arztstellen bei großen Pflanzungsgesellschaften und deren Hospitälern. Wenn sie frei werden, gehen sie meist durch Empfehlung aus der einen Hand in die andere über. Privatpraxis wird meist unter Bedingungen übergeben, die einem Kauf gleich kommen.

Die indischen Ärzte erhalten ihre Ausbildung an den beiden Ärzteschulen in Weltevreden und Soerabaja. Der größere Anteil der Schüler studiert auf Regierungskosten und nimmt damit eine Verpflichtung zu achtjährigem Gouvernementsdienst auf sich. Die Assistentenstellen an den großen Krankenhäusern werden von ihnen versehen, die kleineren Gouvernementskrankenhäuser stehen unter ihrer Leitung, der poliklinische Außendienst, die Frambösiabekämpfung und ein Teil der medizinischen Propaganda sind ihnen übertragen.

Seit Oktober 1927 ist zu Weltevreden eine medizinische Hochschule errichtet, deren Schüler sich jetzt in den vorklinischen Semestern befinden. Eine solche Gründung empfahl sich schon aus kolonialpolitischen Gründen, obwohl gesagt werden kann, daß bereits die beiden Ärzteschulen sich durchaus auf dem Niveau von Anstalten befanden, die in anderen ostasiatischen Ländern und Kolonien den Namen von Universitäten trugen.

Die Leistungen der indischen Ärzte sind im Durchschnitt gut zu nennen. Übrigens spielen eine Anzahl von ihnen eine führende politische Rolle in den Kreisen der indischen Intellektuellen.

In Übereinstimmung mit dem oben skizzierten Programm hat der Dienst der Volksgesundheit in den letzten Jahren eine bedeutende Entwicklung auf hygienischem Gebiet erfahren. Als besondere Abteilung wurden dem Zentralbureau hinzugefügt eine Abteilung für Assanierungswerke unter Leitung eines Oberingenieurs, unter deren Leitung alle städtehygienischen Wasserleitungs-, Bodenassanierungsprojekte ausgeführt oder überprüft werden. Hier werden auch die Projekte ausgearbeitet, die von der Abteilung für Malariabekämpfung auf Grund ihrer Voruntersuchungen vorgeschlagen werden. Auch diese beiden lebensvollen Abteilungen sind bereits durch Aufrichtung von Nebenämtern in Soerabaja in Dezentralisierung begriffen.

Stand vor wenigen Jahren für wissenschaftliche Untersuchungen auf bakteriologischem und chemischem Gebiet nur das Geneeskundig Laboratorium zu Weltevreden — ein recht bescheidener Name für ein hochmodernes Forschungsinstitut — zur Verfügung, so arbeiten jetzt wohlausgerüstete Laboratorien vom Charakter preußischer Untersuchungsämter in Semarang, Soerabaja, Makassar, Medan. Daneben besteht in Weltevreden ein besonderes Laboratorium für Wasserhygiene, das im Zusammenhang mit der oben genannten Assanierungsabteilung arbeitet.

Den gesamten Archipel versorgt mit Kuhpockenlymphe, Heilseren und Vakzine das schon lange bestehende, aber vor einigen Jahren zu Bandoeng mit großen Mitteln neu errichtete Institut Pasteur, eines der modernsten Institute dieser Art, das gleichzeitig als Tollwutinstitut Dienst tut. Die Organisation der Anfertigung des Kuhpockenimpfstoffes, seine Versendung in die fernsten Teile des Archipels und die Durchimpfung der Bevölkerung sind mustergültig. Pocken kommen nur noch sporadisch oder in kleinen sehr lokalen Epidemien vor. Sie und die Cholera haben durch die Vakzination ihre Schrecken verloren.

Eine besondere Organisation bildet die Pestbekämpfung. In Ostjava, ihrem ersten Ausbreitungsgebiet, bis auf sporadische Fälle unterdrückt, spielt die Seuche in Mitteljava und den angrenzenden Gebieten Westjavas noch eine gewisse Rolle und erheischt große Aufmerksamkeit und energische Maßnahmen in der Reinigung und Neuaufbau von Ortschaften.

Eine schnelle Entwicklung hat der vor 6 Jahren errichtete Malariabekämpfungsdienst erfahren. Kein Teil des weitausgedehnten Archipels ist außerhalb des Bereiches seiner Wirksamkeit geblieben, alle geomorphologischen und entomologischen Grundlagen der Malaria sind in weitem Umfange untersucht worden. Assanierungsarbeiten großen Umfangs sind mit bedeutenden Mitteln in den letzten Jahren ausgeführt worden.

Hier ist vielleicht der Platz, zu erwähnen, daß im tierärztlichen Dienst die Bekämpfung der Surra in den letzten Jahren mit Hilfe des Präparates Bayer 20 Proz. unter prophylaktischer Anwendung des Mittels neu erfolgreich organisiert worden ist.

Einer der jüngsten Zweige des Volksgesundheitsdienstes ist die medizinische Propaganda. Ihr Mittel ist die Bekämpfung der Ankylostomiasis, weil keine andere Krankheit geeigneter ist, die Bevölkerung über den Zusammenhang zwischen hygienischen Maßnahmen und körperlichem Gesundheitszustand aufzuklären. In ausgewählten Gebieten Javas wird mit besonderem Personal gearbeitet, Latrinenbau gelehrt, Vorträge gehalten, zum Teil mit Hilfe von Propagandaautomobilen, fahrbaren Bioskopen, in denen im Lande angefertigte, dem Verständnis der Eingeborenen angepaßte Filmes gezeigt werden. Daneben spielen eine wichtige Rolle die sehr intimen Hausdemonstrationen, bei denen besonders geschulte Helfer von Haus zu Haus gehen und Demonstrationsmaterial in kurzen Vorträgen erläutern. Die Erfolge dieser mühevollen, zum Teil nach amerikanischem Modell eingerichteten Methoden ermutigen zu weiterem Fortgehen auf diesem Wege. Wenn in einer Gegend, die seit einem halben Jahre nicht mehr unter Kontrolle ist, wie kürzlich festgestellt, noch alle Latrinen sich als benutzt erweisen, so ist am Erfolg kaum zu zweifeln.

Im Zusammenhang mit dem medizinischen Propagandadienst stehen die neusten Maßnahmen, durch die den Gouvernementsärzten weibliche Gouvernementsärzte beigefügt sind, die die Volksschulen besuchen, die Kinder untersuchen, die Befunde registrieren, den Lehrern hygienische Vorträge halten und den allgemeinen hygienischen Zustand der Schulen überwachen. Auch hierfür ist ein reiches Demonstrationsmaterial zur Verfügung gestellt.

Der allgemeine Gesundheitszustand Niederländisch-Indiens ist für ein tropisches Land außergewöhnlich günstig. Seinen besten Ausdruck finden diese günstigen Bedingungen in der Tatsache, daß fast alle Europäer kontraktlich oder dienstlich länger als 5 Jahre in Indien bleiben, bevor sie Urlaub erhalten, viele weit länger und daß zahlreiche Europäer Indien zu ihrer Heimat machen.

Noch ist die Kindersterblichkeit bei den Eingeborenen hoch, aber ihr steht eine hohe Geburtenziffer gegenüber. Es steht zweifellos in engstem Zusammenhang mit der Seuchenbekämpfung, wenn die Bevölkerung Javas sich in schnellem Tempo vermehrt und jetzt bereits über 36 Millionen beträgt. Die Besiedelung der weit weniger bevölkerten anderen Inseln wird in Zukunft ein wichtiges Problem für die Regierung werden.

In diesen Fragen eröffnet sich ein weites Feld für die vor 2 Jahren gegründete Eugenetische Vereinigung, die jetzt schon über 500 Mitglieder zählt und sich damit vollwertig neben die älteren medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaften, die „Vereenigung ter bevordering der Geneeskundige wetenschappen“, die „Köninglijke natuurkundige vereeniging“, die „Natuurhistorische vereeniging“, das „Anthropologische bureau“ stellt. Alle diese Vereinigungen und der alle 3 Jahre abgehaltene „Natuurwetenschappelijke congres“ öffnen den wissenschaftlich interessierten Ärzten die Möglichkeit an den vielen Problemen mitzuarbeiten, an denen dieser schöne weit ausgestreckte Archipel so reich ist.

Die Früchte dieser Arbeit werden literarisch niedergelegt in der Zeitschrift der oben genannten medizinischen Vereinigung und in den „Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Nederl. Indie“. Diese letztgenannten erscheinen in der Regel zweisprachig.

Ärztliche Rechtskunde.

1. Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit.

Mitgeteilt von

Senatspräsident Dr. **Wiegand** in Berlin-Lichterfelde.

Die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit gehört nicht zu den Eingriffen, welche ein Rentenempfänger dulden muß. Ihre Verweigerung rechtfertigt daher nicht die Entziehung der Rente gemäß § 1306 der RVO (Amtl. Nachr. für Reichsversicherung 1929 S. IV 164 Nr. 3393).

„Die beklagte Pensionskasse hat dem Kläger die Invalidenrente entzogen, weil er die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit in der Universitätsklinik verweigert hatte. Die Klinik hatte die Entnahme für erforderlich gehalten, weil nur dadurch die sichere Erkennung der Art des Leidens gewährleistet würde. Auf die Berufung des Klägers hat das OVA. den Beschluß der Beklagten dahin abgeändert, daß dem Kläger die gesetzliche Invalidenrente nur auf die Dauer von drei Monaten entzogen wird. Gegen die Entscheidung des OVA. hat er rechtzeitig die Revision eingelegt.

Die Revision mußte Erfolg haben. Nach § 1306

der RVO. kann einem Rentenempfänger, wenn er sich ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren entzieht, die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist. Die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit dient der sicheren Erkennung der Art des Leidens, sie bildet somit einen Teil der ärztlichen Behandlung oder des Heilverfahrens (zu vgl. Entsch. u. Mitt. d. RVA. Bd. 22 S. 139 Nr. 71). Somit ist weiter zu prüfen, ob der Kläger diesen Teil der Behandlung grundlos abgelehnt hat. Der Senat ist der Ansicht, daß die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit zu den Eingriffen gehört, die ein Versicherter oder Rentenempfänger nicht zu dulden braucht. Der Senat stützt sich dabei besonders auf den Umstand, daß nach § 1 der V. vom 11. September 1927 zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (RGBl. I S. 298) zu den ärztlichen Eingriffen, die nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden dürfen, unter anderem auch die Entnahme der Rückenmarksflüssigkeit gehört. Auch das RVG. ist in einer nicht veröffentlichten Entscheidung (M. Nr. 33601. 269) vom 16. Dezember 1927 der gleichen Meinung. Nach alledem kann die Weigerung des Klägers, sich Rückenmarksflüssigkeit entnehmen zu lassen, nicht den Anlaß bilden, ihm die Rente auf Zeit zu entziehen. Die Beklagte hat somit dem Kläger die Invalidenrente zu zahlen."

---

2. Darf ein Arzt zur Beseitigung von Warzen bernsteinsaure Quecksilbereinspritzungen machen?

Zu dem Arzt Dr. B. war K. gekommen, um sich zwei Warzen an der rechten Hand entfernen zu lassen. K. erhielt unter die Haut zwei Einspritzungen von je 2 ccm bernsteinsaurem Quecksilber, eine einprozentige Lösung, in welcher sich ein Zusatz von 1 Proz. Kokain befand. Die vorgenommenen Einspritzungen verursachten Schwellungen auf der Hand, welche mehrfache Operationen des K. notwendig machten. K. erhob gegen Dr. B. im Hinblick auf § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuchs Klage auf Schadenersatz; nach § 823 l. c. ist derjenige, welcher vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit oder ein Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. K. vertrat den Standpunkt, daß sich Dr. B. eine gröbliche Verletzung seiner Berufspflicht habe zuschulden kommen lassen, indem er ihm eine unsachgemäße Behandlung habe angedeihen lassen. Nach Vernehmung eines Gutachters wurde Dr. B. für verpflichtet erklärt, Schadenersatz an K. zu leisten. Das Oberlandesgericht Stuttgart machte im wesentlichen geltend, es sei ohne Bedenken anzunehmen, daß die Einspritzungen mit bernsteinsaurem Quecksilber die Ursache für die Schwellungen auf der Hand des K. bilden. Dr. B. falle nach dem Gutachten des vernommenen Sachverständigen eine Verletzung der ihm als Arzt obliegenden Pflichten zur Last, indem er die Warzen durch Einspritzungen mit bernsteinsaurem Quecksilber habe beseitigen wollen. Zur Entfernung der Warzen gebe es verschiedene Mittel, welcher sich Dr. B. habe bedienen können, Dr. B. habe aber kein Mittel gebrauchen dürfen, welches schädigende Folgen habe hervorrufen können. Man wisse allgemein in den Kreisen der Ärzte, daß Einspritzungen mit bernsteinsaurem Quecksilber öfters schädigende Nebenwirkungen im Gefolge haben. Dr. B. könne sich nicht darauf berufen, daß er schon öfters Personen Einspritzungen mit bernsteinsaurem Quecksilber gemacht habe, welche Warzen gehabt haben oder an Syphilis erkrankt gewesen seien. Wolle man auch die Behandlung syphilitisch erkrankter Personen mit bernsteinsaurem Quecksilber als zulässig erachten, so könne doch nicht die Entfernung harmloser Warzen die Anwendung eines Mittels rechtfertigen, welches bei empfindsamen Personen öfters schwere Gesundheitsschädigungen hervorrufe. Nach der Bekundung des Sachverständigen werde in der Weltliteratur nirgends die Behandlung von Warzen mit bernsteinsauren Quecksilbereinspritzungen empfohlen. Zur Entfernung von Warzen gebe es andere Mittel, welche der Arzt anwenden könne. Dr. B. sei zur Schadenersatzleistung an K. verpflichtet, da ihm infolge der Vornahme von bernsteinsauren Quecksilbereinspritzungen in die Hand eine schuldhafte Handlungsweise zur Last zu legen sei. Meldner.

Standesangelegenheiten.

Zur Beurteilung der Homöopathie.

(Bemerkungen zu dem in Nr. 21 und 22 erschienenen Artikel „die Homöopathie.)

Von

Dr. **Fritz Donner** in Stuttgart.

Schiler schreibt in seinem Artikel über „die Homöopathie" (erschienen in Nr. 21 und 22 der der Z. ärztl. Fortbildg. 1929) am Schlusse des Abschnittes, in dem er die homöopathischen Ärzte psychologisch einzugliedern sucht: „Wenn homöopathische Ärzte die Äußerung zu lesen bekommen, so mögen sie dieselbe mir nicht verübeln. Ganz im Gegenteil, ich möchte dadurch dem Verstehen von meiner Seite aus näherkommen". Nun gibt es zwei Wege, auf denen man dem „Verstehen" der Homöopathie näher kommen kann. Der übliche ist der historisch-theoretische. Der zweite Weg ist der, sich mit der gegenwärtigen Homöotherapie,

---

wenn auch nur für eine relativ kurze Zeit praktisch zu beschäftigen. Denn, wie sie ausgeübt wird, ob und welche Ergebnisse man mit einem nach der Ähnlichkeitsregel gewählten Mittel hat und ob es sich demnach lohnt, sich mit homöopathischen Dingen zu befassen, all dies ist doch viel wichtiger, wenn man sich ein eigenes Urteil über den wahren Wert der Homöopathie bilden will. Die Möglichkeit hierzu kann jeder Arzt am Stuttgarter homöopathischen Krankenhaus finden.

Was nun die historische Betrachtung allein, also ohne praktische Beschäftigung mit der Materie betrifft, so dürfte sie nur allzuleicht ein falsches Bild geben. Jeder Arzt würde es für ungerecht finden, wenn man Zitate aus dem medizinischen Schrifttum von vor hundert Jahren bringen würde, um die moderne Medizin damit zu charakterisieren. So sind auch Hahnemann, seine ersten Schüler und deren Schriften im Spiegel ihrer Zeit zu betrachten. Daß Hahnemann ein hervorragender Arzt war, der in vielen Punkten seiner Zeit voraneilte, wird immer mehr von der medizinhistorischen Forschung anerkannt. Daß er sich in manchem geirrt hat, ist von geringerer Bedeutung, denn welcher der großen Ärzte der Vergangenheit war vollkommen?

Daß sich unter den Schülern Hahnemanns manche Außenseiter befanden, deren Ansichten übrigens von der Homöopathie als Schule nie angenommen wurden, ist für die Beurteilung der ganzen Richtung unwesentlich, ebenso auch die Feststellung, daß von manchen die Grenzen der homöopathischen Therapie viel zu weit gesteckt wurden. Niemand wird es einfallen, die Psychoanalyse deswegen abzulehnen, weil beispielsweise ein Anhänger dieser Richtung auch progressive Paralyse durch Psychoanalyse günstig beeinflussen zu können glaubt. — Weiterhin muß doch darauf hingewiesen werden, daß der homöopathische Gedanke fast ausschließlich von vielbeschäftigten, in der Allgemeinpraxis stehenden Ärzten gepflegt worden ist. Größere klinische und pharmakologische Institute zur Nachprüfung und Sichtung des von den früheren Homöopathen zusammengetragenen Materials haben in europäischen Ländern nie bestanden. Die umfangreiche homöopathische Literatur ist nicht von durch besondere Ausbildung dazu qualifizierten Klinikern und Pharmakologen geschrieben worden unter Berücksichtigung überreichlichen klinisch und pharmakologisch gesichteten Materials wie dies bei der akademischen Medizin der Fall ist, sondern von praktischen Ärzten. Betrachtet man von diesem Gesichtspunkte aus die umfangreichen Werke über Homöotherapie von Stauffer und den 6 bändigen Traité de thérapeutique homoeop. von Cartier (Paris 1929), die Bücher über homöopathische Arzneimittellehre von Stauffer und von Neatby und Stoneham, um nur die Erscheinungen der letzten Jahre zu berücksichtigen, so wird man seine Achtung vor diesen Leistungen nicht versagen können, auch wenn sich der eine oder andere der Autoren in manchem geirrt bzw. manche heute nicht mehr zu recht bestehende Ansichten von Ärzten aus der Frühzeit der Homöopathie übernommen hat.

Wichtiger als all diese Erwägungen ist doch die Frage: Ist es möglich, mit einem nach homöopathischen Gesichtspunkten gewählten Arzneimittel in einer Dosis, die heute meist noch als wirkungslos angesehen wird, einen therapeutischen Effekt zu erzielen und ist es möglich, bei gewissen Fällen durch gewisse Versuchsanordnungen — auf die hier nicht näher eingegangen werden soll — diesen Effekt so deutlich herauszuarbeiten, daß er auch dem anders Orientierten deutlich wird?

Weiterhin: Leistet die Homöopathie bei gewissen Krankheitszuständen genau so viel wie die anderen therapeutischen Methoden, welche Krankheitsformen sind dies und gibt es Krankheiten, bei denen man mit homöopathischen Mitteln mehr erreichen kann, wie mit der üblichen Pharmakotherapie?

Über eigene Beobachtungen über diese Fragenkomplexe möchte ich mich hier nicht auslassen, sondern nur die Namen von Bier, Hugo Schulz, Spiethoff und Buschke nennen, deren Untersuchungen die Tatsache der Möglichkeit der Beeinflussung von Krankheiten durch homöopathische Mittel bestätigen.

Mit diesen Punkten sollte sich eine Arbeit über die Homöopathie befassen. Denn sie sind doch weit wesentlicher, als die Feststellung gewisser Fehler, die von diesem oder jenem Vertreter des Simileprinzipes in der ferneren und näheren Vergangenheit gemacht worden sind.

Im übrigen wäre es auch wünschenswert, daß von den Kritikern nicht nur einige Bücher durchgeblättert werden, sondern daß dieselben sich auch des näheren mit dem homöopathischen Schriftwesen der Gegenwart vertraut machen. So hat die Kritik von Schiler anscheinend die Arbeiten der naturwissenschaftlich forschenden homöopathischen Ärztegruppe gar nicht weiter berücksichtigt; die Arbeiten von Wapler (so beispielsweise dessen Broschüre: Geh.-Rat Harnack und sein Lehrbuch der Arzneimittellehre oder Homöotherapie in der Schulmedizin) und die Zeitschrift dieser Gruppe, die bei W. Schwabe in Leipzig erscheinende „Allgemeine homöopathische Zeitung“ sind nirgends erwähnt.

Wenn nun die therapeutische Wirksamkeit gewisser homöopathischer Mittel als gesicherte Tatsache besteht, dann ist es nicht mehr denn billig, daß sich Ärzte mit homöopathischen Dingen beschäftigen und sich mit der Durchforschung und dem Weiterausbau der homöopathischen Materia medica befassen. Demnach ist es ungerecht, diesen Ärzten wegen ihrer andersartigen pharmakotherapeutischen Einstellung eine Pariastellung an-

zuweisen, wie dies heute doch noch oft geschieht. Denn: „Die Beförderung jedes, auch des geringsten Mittels, was Menschenleben retten, Gesundheit und Sicherheit bringen kann, muß dem echten Arzte heilig sein. Wir alle streben nach einem gemeinsamen Ziele, aber es ist nicht leicht zu erreichen. Bloß Hand in Hand, bloß mit brüderlich vereinten Kräften, bloß durch wechselseitige Umtauschung und gemeinschaftliche leidenschaftslose Bearbeitung unserer allseitigen Kenntnisse, Ansichten, Erfindungen und Beobachtungen kann das hohe Ziel erreicht werden: Vervollkommnung der Heilkunde. Ärzte Deutschlands, seid Brüder, seid billig, seid gerecht!" (Hahnemann, über „ärztlich kollegiale Humanität", Allgem. Anzeiger der Deutschen 1801 Nr. 32.)

Ärztliches Fortbildungswesen.

Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Ärzte im Deutschen Reiche im April, Mai, Juni 1930.

Sofern die Kurse unentgeltlich sind, ist dies jedesmal durch den Zusatz U. = unentgeltlich besonders vermerkt, anderenfalls sind sie honorierte Kurse.

Die Teilnahme an den unentgeltlichen Kursen ist in der Regel nur den inländischen Ärzten gestattet. An den honorierten Kursen können in- und ausländische Ärzte ohne jede Einschränkung teilnehmen.

Erklärung der Abkürzungen: A. = Auskunft erteilt; U. = unentgeltlich; ??? = noch unbestimmt; 000 = keine Kurse.

Veranstalter der hier zusammengestellten Kurse sind meist die im Reichsausschuß für das ärztl. Fortbildungswesen vereinigten Landesausschüsse (in Preußen Zentralkomitee) und Ortsausschüsse (Lokale Vereinigungen). Daher werden hier nur außerhalb dieser Organisation stehende Veranstalter (unmittelbar hinter dem Städtenamen) besonders mit Namen angeführt.

Alle Zuschriften, welche sich auf dieses Verzeichnis beziehen, sind an das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4 zu richten.

Aachen: U.: Jeden Monat Vortr. u. Demonstr. A.: Dr. Keysselitz.

Altona: U.: Jeden Monat klin. Abend. A.: Prof. Lichtwitz.

Ansbach: U.: Einzelvorträge am 1. Dienstag jeden Monats. A.: San.-Rat Meyer.

Augsburg: U.: Sonntagnachmittags Vorträge aus der Gesamtmedizin. A.: Prof. Port.

Bamberg: U.: Klin. Demonstr. aus der Chirurgie u. inn. Medizin. A.: Dr. Schuster, Herzog Maxstr. 1.

Barmen: U.: Monatl. 1—2 wissenschaftl. Abende. Pathol. Anat., Chirurgie, innere Med., Nervenkrankh. usw. A.: Dr. Ed. Koll, städt. Krankenanstalten.

Berlin: a) U.: Mai und Juni systematische Kurse in den einzelnen Disziplinen; ferner einige Spezialkurse. A.: Kaiserin Friedrich-Haus, NW 6, Luisenpl. 2—4.
b) Seminar f. soz. Medizin. U.: ??? A.: San.-Rat A. Peyser, Charlottenburg, Grolmanstraße 42/43.
c) Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse. Jeden Monat Kurse von 4 wöchiger Dauer über sämtliche Disziplinen. Im März u. Okt.: 4 wöchige und 14 tägige Einzelkurse in allen Disziplinen; ferner Gruppenkurse. Im März und April: a) Überblick über die moderne Medizin, b) Haut- u. Geschlechtskrh. (17.—29. III.), c) Geburtshilfl.-gynäkol. Fortbildungswoche (24.—29. III.), d) Prakt. Fortschr. der gesamten Strahlenheilkunde (30. III.—7. IV.), e) Spezialkurs der Chirurgie (28. IV.—3. V.). Im Oktober Gruppenkurse: 1. Praktisches Laboratorium, 2. Kinderkrankheiten, 3. Innere Medizin, 4. Augenheilkunde, 5. Gewerbemed., Versicherungsmed., Gutachtertätigkeit. A.: Kaiserin Friedrich-Haus, NW 6, Luisenplatz 2—4.
d) Verein für ärztliche Fortbildungskurse. Monatskurse in allen Fächern. A.: Mediz. Buchhandlung Otto Enslin, NW 6, Karlstr. 31.
e) Inst. f. Infektionskrankh. „Robert Koch". Im nächsten Spätherbst. Ausbildungslehrgang für Ärzte und Tierärzte: Seuchenbekämpf., Bakteriol., Serol., spezif. Diagn., Immunitätslehre, Protozoenkunde, Tropenmed., Chemother., Desinfekt., hyg.-chem. Untersuch., Mikrophotogr. A.: Geh.-Rat Lockemann, N 39, Föhrerstr. 2.
f) Soz.-hyg. Akad. siehe Charlottenburg.

Beuthen: U.: Oberschl. Ärzteverband. 000 A.: Dr. Lewi.

Bielefeld: U.: Demonstrationsabende im Ärzteverein. A.: Dr. Kühn.

Bochum: U.: Jeden 2. Mittwoch klinische Abende. A.: Dr. Tegeler, Kaiser Wilhelmstr. 5.

Bonn: a) U.: Voraussichtl. im Herbst Röntgenkurs. A.: Prof. Gött, Kinderklin.

Bremen: U.: 000: A.: Landesgesundheitsamt, Am Dobben 91.

Breslau: a) U.: Voraussichtl. Herbst u. Winter. Alle Disziplinen. A.: Dr. Goerke, Allerheiligenhospital.
b) Ostdeutsche soz.-hyg. Akad. U.: 28. IV. bis 26. VII. Ausbildungskurs für Kreis-, Komm.-, Fürsorge- und Schulärzte. A.: Breslau 16, Maxstr. 4.

Charlottenburg: Soz.-hyg. Akad. U.: 28. IV.—2. VIII. Allgem. u. soz. Hyg., soz. Pathol., Gesundheitsfürsorge, soz. Organisations- u. Gesetzeskunde. A.: Chttbg. 9, Spandauer Chaussee 1.

Chemnitz: U.: Im Winter, Anfang Nov. bis Ende März. Klin. Hauptfächer u. pathol. Anatomie. A.: Hofrat Prof. Clemens.

Cottbus: U.: Monatl. ein Vortragsabend mit Demonstr. im städt. Krankenhaus. A.: Dr. C. F. Schmidt.

Cüstrin: U.: Von Zeit zu Zeit Vorträge und alle 8—14 Tage Krankenhausvisiten. A.: Dr. Becker.

Danzig: U.: ??? A.: Dr. H. Fuchs, Winterplatz.

Dortmund: U.: Alle 14 Tage Dienstags klin. Abende. Ferner Vortragsabende im Ärzteverein u. med. Veranstaltungen der Med. Ges. A.: Dr. Engelmann, städt. Frauenklin.

Dresden: a) Akad. f. ärztl. Fortbildung. ??? A.: Dresden-N. 6, Düppelstr. 1.
b) Staatl. Frauenklin. 1.—28. IV. Geburtshilfe u. kl. Gynäkol. A.: Dr. Fischer, Pfotenhauerstr. 90.

Duisburg: U.: a) Regelmäßige Tagungen der wissenschaftl. Wanderversammlung. b) Klin. Abende. A.: San.-Rat Coßmann.

Düsseldorf: a) Med. Akademie. U.: 000. A.: Moorenstr. 5.
b) Westdeutsche soz.-hyg. Akad. U.: 28. IV. bis 26. VII. Sozialhyg. Kurs für Kreis-, Komm.- u. Fürsorgeanwärter. A.: Allgem. Städt. Krankenanstalten, Bau I.

Elberfeld: U.: Nov. 1930 bis April 1931. Alle klin. Fächer und pathol. Anat. A.: Geh.-Rat Kleinschmidt.

Elbing: U.: Alle 14 Tage wissenschaftl. Vorträge u. Krankenvorst., alle 4 Wochen med. Filmvorführungen. A.: San.-Rat Schwarz.

Erfurt: U.: Vorträge im Ärzteverein. A.: San.-Rat Marckscheffel.

Erlangen: Universität. U.: 000. A.: Ambulatorium der Med. Klinik.
Essen: U.: Fortlaufend Vorträge und Kurse. A.: Ärzteverein Bismarckstr. 35.
Frankfurt a. M.: U.: 26.—31. V. Moderne Röntgentherapie am Univ.-Instit. f. Strahlentherapie. Voraussichtl. wieder im Winter Vorträge und Klin. Visiten. A.: Stadtgesundheitsamt (Stadt-Med.-Rat Fischer-Defoy), Wiesenau 25.
Freiburg i. Br.: U.: Wandervorträge in versch. Ärztevereinen Südbadens. A.: Prof. Rost, Hauptstr. 7.
Gießen: U.: Ende Okt. 8 täg. Kurs der Gesamtmedizin.
Görlitz: U.: Vierteljährlich einmal wissenschaftl. Versammlung A.: Dr. Blau, Konsulstr. 13.
Göttingen: U.: Voraussichtlich in der 2. Oktoberhälfte 10-tägiger Kurs f. prakt. Ärzte. A.: Prof. Riecke, Hautklinik.
Greifswald: U.: Voraussichtlich Okt. sämtl. Diszipl. A.: Prof. Hoehne, Frauenkl. od. Prof. Krisch, Nervenklin.
Halberstadt: U.: Monatl. ein Vortrag. A.: San.-Rat Lenz.
Halle: U.: ??? A.: Clausen, Magdeburgerstr. 22.
Hamburg: a) U.: ??? A.: Gesundheitsamt, Bugenhagenstr. 10 (Prof. Dr. Pfeiffer).
b) U.: Allg. Krankenhaus Barmbeck. Jan. u. Febr. Nieren- u. Stoffwechselkrh. A.: Prof. Knack, Hamburg 33.
c) U.: Allg. Krankenhaus St. Georg. Okt.—Dez. A.: Prof. Hegler.
d) U.: Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. 000. A.: Prof. Weygandt.
e) U.: Allg. Krhs. Eppendorf. ??? A.: Dr. Eduard Müller.
f) Inst. f. Schiffs- und Tropenkrankh. Mai/Juni 30 tägiger Malariakurs; im Herbst exotische Pathol. u. med. Parasitologie. A.: Hamburg 4, Bernhard Nochtstr. 74.
Hannover: U.: ??? A.: Prof. Willige, Schiffgraben 51.
Heidelberg: U.: Jeden Monat einige Vorträge. A.: Prof. Aug. Homburger, Psych. Poliklin. Vosstr. 4.
Hof: U.: ??? A.: Dr. Klitzsch, Bismarckstr. 40.
Jena: U.: Wandervorträge in Thüringen. Arnstadt, Altenburg, Gera, Gotha, Weimar. A.: Prof. Guleke, Jena.
Kassel: U.: ??? A.: Dr. Pfannkuch, Kronprinzenstr. 10.
Karlsbad: U.: 14.—20. IX. Internat. Fortbildungskurs mit bes. Berücks. der Balneol. u. Balneotherapie. A.: Dr. Edgar Ganz.
Karlsruhe: U.: Vorträge. A.: Prof. Arnsperger, Beiersheimer Allee 72.
Kiel: U.: 000. A.: Prof. Schittenhelm.
Bad Kissingen: U.: 000. A.: Kurverein.
Kolberg: U.: ???. A.: Ärzteverein (Dr. Fabian).
Köln a. Rh.: Med. Fakultät. U.: ???. A.: Dekan der Med. Fakultät, Köln-Lindenthal.
Königsberg i. Pr.: Verein f. wissenschaftl. Heilk. U.: 000 A.: Geh.-Rat Schellong, Tragh. Pulverstr. 33 und Prof. Blohmke, Kopernikusstr. 7.
Kudowa: U.: 10.—12. V. Herzschwäche. A.: Badeverwaltung.
Leipzig: Med. Fakultät. U.: ??? A.: Augustusplatz 5.
Lübeck: U.: ??? A.: Ober-Med.-Rat Altstaedt.
Magdeburg: U.: Während des Winters: Klinische, theoretische und freie Vortragsstunden. A.: Prof. Ricker, Krankenanstalt Sudenburg.
Mannheim: U.: Wissenschaftl. Abende jeden 3. Mittwoch. A.: Dr. Kißling, Städt. Krhs.
Marburg: U.: Im Semester klin. Nachmittage. A.: Priv.-Doz. Loebell.
München: U.: ??? Vorträge aus versch. Gebieten der Gesamtmedizin. A.: San.-Rat Jordan, Lessingstraße 4.
Münster i. W.: U.: Am letzten Sonntagnachm. des Monats je 2 Vorträge aus versch. Geb. A.: San.-Rat Buß.
Nürnberg: U.: Spätherbst. Alle Disziplinen. A.: San.-Rat v. Rad, Kirchenweg 50.
Paderborn: U.: Einzelvorträge aus der Gesamtmedizin. A.: Dr. Hagel, Büren i. W.
Regensburg: U.: Monatlich ein Vortrag aus der Gesamtmedizin. A.: Hofrat Dr. Doerfler.
Rostock: U.: Voraussichtl. im Herbst. Hauptdisziplinen. A.: Prof. Curschmann, Med. Klinik.
Stendal: U.: Frühjahr u. Herbst. Vorträge aus verschiedenen Disziplinen. A.: San.-Rat Segelken.
Stettin: U.: Im Winter. Vorträge. A.: Dr. Mühlmann, Politzerstr. 88.
Stuttgart: U.: Während des ganzen Jahres in den Lungenheilstätten Überruh, Wilhelmsheim, Charlottenhöhe. A.: vacat.
Tübingen: Med. Fakultät. U.: Voraussichtl. Okt. Vorträge aus allen Fächern der Gesamtmedizin. A.: Med. Fakultät Tübingen.
Weißenburg: Monatlich ein Vortragsabend. A.: Geh.-Rat Doerfler.
Wiesbaden: U.: 31. III.—5. IV. Umstimmung als Behandlungsweg. A.: Dr. Strakosch, Webergasse 31.
Würzburg: Medizinische Fakultät. U.: ??? A.: Prof. Magnus-Alsleben, Annastr. 9.
Zeitz: U.: Vorträge aus versch. Gebieten der Gesamtmedizin. A.: Geh.-Rat Friedrich.
Zwickau: U.: Jeden Freitag Demonstr. im Pathol. Instit. u. jeden 2. Dienstag Med. Ges. A.: Geh.-Rat Braun. L.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 29. Januar 1930 hielt Herr Abel einen Vortrag: Die Lokalanästhesie bei gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen und als Mittel für die schmerzlose Geburt. Noch nie wurde so viel nach neuen Mitteln für die Allgemeinnarkose gesucht wie augenblicklich, ein Zeichen dafür, daß keine Methode vollkommen befriedigt. Um die ihr anhaftenden Gefahren nach Möglichkeit auszuschalten, wird besonders im letzten Dezennium versucht die Lokal- und Leitungsanästhesie weiter auszubauen. Abel erinnert daran, daß er bereits vor 30 Jahren seine Erfahrungen mit der Lokalanästhesie, auch bei Laparotomien, in der Medizinischen Woche vom 12. Februar 1900 veröffentlicht hat. Besonders haben sich Finsterer und Haberer um den weiteren Ausbau der Lokalanästhesie verdient gemacht, auf dem letzten Gynäkologenkongreß in Leipzig 1929 auch Fregyesi. (Ausführliche Darstellung von Thaler in Halban-Seitz.) Die Schmerzempfindung an den weiblichen Genitalien nimmt ab, je mehr man von den äußeren Genitalien zu den inneren kommt, auch die Uterusoberfläche ist fast unempfindlich. Dagegen starke Schmerzempfindung bei Berührung und Durchdringung des inneren Muttermundes und der Uterusschleimhaut schon mit dem Sondenknopf. Danach kann man sich bei der Anästhesierung richten. Diszision des äußeren Muttermundes, Emmetsche Operation, keilförmige Exzision sind ohne jede Anästhesie zu machen, auch vordere und hintere Kolporrhaphie bei der Prolapsoperation. Hier beginnt die lokale Anästhesie erst bei der Anfrischung des Dammes. Bei Operationen am Uterus selbst mit Hervorziehen desselben vor die Vulva nach Eröffnung des Peritoneums, welches vorher infiltriert wird, muß Leitungsanästhesie des Plexus utero-vaginalis beiderseits gemacht werden. Bei abdominalen Operationen Lokalanästhesie der Bauchhaut und der Muskulatur. Nach Durchschneidung Infiltration des Peritoneums von außen und nach Eröffnung Umspritzung 2 cm vom Schnittrand. Dies genügend für einfache Ovarialtumoren und Myome. Bei komplizierteren Fällen Blockierung der unteren Sakralnerven durch Einstich zwischen Damm und Tuber ischii, des ersten nach Eröffnung der Bauchhöhle vom Promontorium aus. Zur Anästhesierung der Därme und des Douglas Eingießen von 200 ccm des Anästhesierungsmittels in die Bauchhöhle (sogenannte Infusionsanästhesie nach Mandl). Sectio caesarea wird in reiner Lokalanästhesie gemacht. Demonstration der Topographie der in Frage kommenden Nervengeflechte. Als Anästhesierungsmittel verwendet Abel seit ½ Jahr ausschließlich Percain-

Ciba in ½ prom., resp. ¼ prom. Kochsalzlösung, der unmittelbar vor der Operation auf 10 ccm 10 Tropfen Suprarenin zugesetzt wird. Dies ist ein Chininderivat, hat also nichts mit dem Kokain und seinen Derivaten mit ihren schädlichen Nebenwirkungen zu tun. Durch eine noch auf 6—8 Stunden nachwirkende Schmerzstillung besonders geeignet für die schmerzlose Geburt in Pudendusanästhesie und Infiltration des Dammes, was zuerst von Reist-Anrau angegeben und von Abel mit bestem Erfolg schon verschiedentlich ausgeführt ist. In Zukunft wird die Lokalanästhesie die Methode der Wahl sein, die Allgemeinnarkose nur in Ausnahmefällen angewendet werden (Selbstbericht). In der Aussprache hierzu erwähnt Herr Hornung, daß in der Klinik von Stöckel die Lokalanästhesie nicht in so weitem Umfange angewendet wird. Auf die Allgemeinnarkose wird nur verzichtet, wenn ein Gegengrund besteht. Man soll bei Totalprolapsen auch die vaginale Schleimhaut infiltrieren, weil eine bessere Blutleere entsteht und die Anämiesierung der Gewebe sehr wichtig ist. Auch die Präparierung ist bequemer bei der künstlichen Ödemiesierung. Die Entfernung des schwangeren Uterus mit dem großen Blutreichtum der Gewebe läßt sich mit geringen Blutverlusten durchführen. Das gilt auch für gewisse Myome. Herr Misch hat die Erfahrung gemacht, daß die Einspritzung von Novokain und Adrenalin zur Anästhesierung eine geschlossene Cervix öffnet. Nach einem Schlußwort von Herrn Abel hielt Herr v. Lichtenberg einen Vortrag. Die klinische Verwendung des Uroselektans. Die Pyelographie nach intravenöser Selektaninjektion hat v. L. nunmehr an 400 Kranken vorgenommen. Das gut lösliche Präparat wird zu über 80 Proz. in sehr konzentrierter Lösung durch die Nieren ausgeschieden. Da das darin enthaltene Jod organisch fest gebunden ist und im Organismus nicht abgespalten wird, so kommen Jodvergiftungen nicht vor. Mit der Darstellung des Nierenbeckens ist auch eine Funktionsprüfung der Nieren verbunden. Schon Art und Dichtigkeit des Bildes gestatten solche Rückschlüsse. Das Jod kann man im Urin quantitativ nachweisen und das ausgeschiedene Uroselektan bewirkt eine Steigerung des spezifischen Gewichtes des Urins bis 1050 und darüber. Man kann hieraus Schlüsse auf die Nierentätigkeit ziehen. Das neue Verfahren gilt für alle Fälle, bei denen die alten Methoden versagen, wo also z B. die Zystoskopie nicht durchzuführen ist, wo ein Verschluß des Harnleiters besteht und schließlich, wo ein anderer Gegengrund vorhanden ist, z. B. schwächliche Kranke, Infektionen usw. An einer großen Reihe von Röntgenbildern werden die Ergebnisse des Verfahrens gezeigt. In der Aussprache hierzu weist Herr U. Friedemann auf die Schwierigkeiten hin, welche die Diagnose des Hypernephroms machen kann. Die Krankheit kann unter dem Bilde der Sepsis verlaufen, so daß sie mit Endocarditis lenta verwechselt wird. Das Pyelogramm ist aufschlußreich, aber die alte Methode hierbei mitunter nicht harmlos. In einem solchen Krankheitsfalle, bei dem die positive Blaureaktion einen Irrtum entstehen ließ, hat das Uroselektan Sicherheit geschaffen und die Operation hat das Hypernephrom bestätigt. Herr Schwarz hat 25 Kranke mit der Methode untersucht, davon zwei klinisch, alle anderen ambulant. Die Untersuchungen wurden gut vertragen. Die Blaufunktion hatte häufiger andere Werte ergeben. Kleine Steine werden im Uroselektanbild zunächst überdeckt, um nachher um so deutlicher hervorzutreten. Man muß größere Serien von Bildern machen. Herr Stutzin hat ernstere Zufälle bei der Methode nie beobachtet. Manchmal tritt ein Hitzegefühl, gelegentlich auch Erbrechen auf. Differentialdiagnostisch vor allem ist das Verfahren ergebnisreich und es ermöglicht, unnötige Operationen zu verhindern und erforderliche Eingriffe zu veranlassen. Herr Martens empfiehlt die Methode gleichfalls, mit der er die gleichen günstigen Ergebnisse erzielt hat. Herr Weber hat in der Bierschen Klinik gleichfalls keine Schäden des Verfahrens gesehen, hält es aber nicht für sicher, daß die anderen Untersuchungsmethoden entbehrlich werden. Herr Kuthe berichtet, daß an der Klinik von Mühsam die Einfachheit und Unschädlichkeit des Verfahrens sich erwiesen hat. Besonders bei geschwächten Kranken ist es wertvoll. Aus dem Moabiter Krankenhaus bestätigt Herr Heinrich die Brauchbarkeit und Güte des Verfahrens. Herr Ernst R. W. Frank weist auf zwei technische Dinge hin, welche das Verfahren vereinfachen können. Zur Einspritzung der Lösung hat sich der Wechselmannsche Apparat bewährt, der die Einführung von sechs Spritzen entbehrlich macht. Beckenhochlagerung erreicht, daß schon nach 10 Minuten ein gutes Nierenbild erhalten werden kann. Herr Kalk, der innerhalb des letzten Vierteljahrs mit der neuen Methode Untersuchungen angestellt hat, weist darauf hin, daß die Nieren auf den Bildern viel besser zum Vorschein kommen. Auf die alten Methoden wird man dann nicht verzichten können, wenn das Parenchym das Uroselektan nicht ausscheidet. In den letzten Tagen hat Kalk einen Todesfall beobachtet, der der Methode zur Last gelegt werden muß. Bei einer 68 Jahre alten Frau mit cholezystitischen Beschwerden fanden sich im Harn Eiweiß und rote Blutkörperchen. Drei Tage nach der Einspritzung war das Eiweiß vermehrt, es trat allmählich Urämie ein, die zum Tode führte. Bei der Sektion wurde die Cholezystitis bestätigt und es fand sich neben alten Nierenveränderungen eine frische Nephritis. Die unglückliche Kombination einer Schädigung der Leber und der Niere hat den Tod veranlaßt. Wahrscheinlich ist die Leber an der Ausscheidung beteiligt. Herr Ziegler fragt, ob über den Parallelismus der Farbstoffprüfung und der Untersuchung nach der neuen Methode etwas bekannt ist. Die Kompression der Harnleiter, die sich bei der peroralen Methode sehr gut bewährt ist auch bei dem neuen Verfahren angezeigt. Man braucht dann häufig nur ein Bild und hat einen zuverlässigen Ausguß der Kelche. Nachdem Herr Goldscheider darauf hingewiesen hatte, daß nach der Mitteilung von Kalk die Methode unter gewissen Voraussetzungen doch nicht ganz ungefährlich zu sein scheine und es für wünschenswert erklärt hat zu wissen, ob bei starker Herabsetzung der Nierenfunktionen das neue Verfahren ähnliche Ergebnisse zeitigt wie die Harnstoffbelastung und die Prüfung nach Ambard, sprach Herr v. Lichtenberg ein Schlußwort. F.

Therapeutische Umschau.

Bei perniziöser Anämie

weist Schottmüller (Münch. med. Wschr. Nr. 31) erneut auf die Bedeutung der Behandlung mit Leber hin, die er mit Hepatopson durchführt. Die Dosierung richtet sich nach der Schwere des einzelnen Falles; manche Kranke müssen die 1 kg Leber entsprechende Menge = 10 g Hepatopson nehmen und auch während der Remission bei einer ziemlich hohen Dosierung bleiben. Einzelheiten werden von Sch.s Assistenten Schulten mitgeteilt, der besonders noch auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose hinweist. Durchschnittsdosierung 40—100 ccm Hepatopson liquidum = 250—600 g Frischleber oder 2,5—6 g H. siccum, in der Remission 20—40 ccm H. liq. oder 1,25—2,5 g H. siccum.

Als Bandwurmmittel

empfiehlt Weber (Münch. med. Wschr. Nr. 32) Taenural, das aus den zur Vorbereitung gebrauchten Oxuralkapseln, der zur Hauptkur dienenden Filix-Oxural-Kombination (20 Kapseln zu 0,5) und einem Abführmittel aus Fol. Sennae mit 10 Proz. Extr. Jalapae in Tabletten besteht. Am Vortag mittags nur 1 Teller Suppe, nachmittags nur Kaffee ohne Brot, dann 1—2 Abführtabletten

und abends 3 Oxuralkapseln, am Hauptag morgens nüchtern mit etwas schwarzem Kaffee alle 10 Minuten 4 Kapseln des Bandwurmmittels, eine Stunde später 1—2 Abführtabletten. Die Erfolge dieser Kur sollen zuverlässig sein.

Gegen Gicht

empfiehlt Straube (Med. Klin. Nr. 31) Hexophan, die Oxyphenylchinolindikarbonsäure, bei purinfreier Kost. Im akuten Anfall 2 mal 1 g in Fachinger Wasser, dann — wie bei chronischer Gicht — 14 Tage lang 3 mal täglich 1 g. Die schmerzenden Stellen werden eingerieben (4- bis 5 mal täglich) mit folgendem Öl: Salit. pur. 25, Ol. chloroform., Ol. hyoscyami āā ad 100. Nach einer Pause von 14 Tagen Kur eventuell wiederholt.

Verstärkung der Diurese

mit Novasurol oder Salyrgan kann man nach Saxl (Ther. Gegenw. Nr. 8) durch Ammoniumchlorid erreichen, das in folgender Weise gegeben wird: Amm. chlorat. puriss. 8, Succ. liquir. 6, Aq. font. ad 100. 5 mal täglich 1 Eßlöffel nach dem Essen in etwas Mineralwasser. Meist genügt es, diese Mixtur am Injektionstag und Vortag zu geben (2 ccm Salyrgan). Steigerung der Diurese beträgt 20—200 Proz.

Bei chronisch Herzkranken

empfiehlt Fahrenkamp (Ther. Gegenw. Nr. 8) die kombinierte Strophantin-Cardiazolbehandlung, wie sie sich bequem mit Strophantin compositum durchführen läßt, und zwar nicht als Dauerbehandlung, sondern als Zwischenbehandlung, wenn die orale oder rektale Digitalisbehandlung versagt. Sobald die Entwässerung des Kranken bewerkstelligt ist, soll zu rektaler Digitalisbehandlung übergegangen werden. Man gibt je nach Lage des Falles täglich oder jeden 2.—3. Tag 1 ccm Strophantin compositum, eventuell auch Salyrgan. Ziel dieser „Zwischenbehandlung" ist, die Widerstände in der Peripherie zu beseitigen. Nach Erreichung dieses Zieles wirkt dann Digitalis wieder, selbst wenn sie vorher erfolglos angewandt worden war. Im allgemeinen reichen 2 mal täglich 0,8 mg Verodigen aus. Um den Erfolg festzuhalten, ist meist anschließend eine chronische intermittierende Digitalisbehandlung erforderlich. In den finalen Stadien der Herzschwäche soll man dem Vorgehen Fränkels folgen und eine konsequente Strophantindauerbehandlung durchführen.

Zur Lokalbehandlung rheumatischer Krankheiten

empfiehlt Hartwich (Münch. med. Wschr. Nr. 32) den Jodsalizylsäureester Rheukomen, der — wie Versuche gezeigt haben — von der Haut aus resorbiert wird. Besonders gute Erfolge bei Muskelrheuma.

Gegen Furunkel

bewährt sich Ichthyol, doch hat dieses den Nachteil, schlecht zu riechen und eventuell die Wäsche zu verschmutzen. Als Ersatz empfiehlt Schubert (Dtsch. med. Wschr. Nr. 29) Eutirsol, das fast farblos ist und nur einen schwachen brenzlichen Geruch besitzt. Es wird in 5—20 proz. Salben angewandt. Am besten 20 Proz. Die Schmerzen und das Spannungsgefühl lassen bald nach, die Einschmelzung ist gewöhnlich in 3—5 Tagen beendet. Ebenso läßt sich die Eutirsolsalbe auch bei Karbunkeln, Lymphknotenentzündungen, Mastitis usw. anwenden. Auch beim Erysipel konnte der Verf. Erfolge erzielen.

Bei Extrasystolie

wird von manchen Autoren Atropin empfnhlen. Fogelson (Wien. klin. Wschr. Nr. 27) teilt einen Fall mit, in dem anscheinend durch Atropin ein normaler Rhythmus hergestellt wurde; das Elektrokardiagramm zeigte aber, daß in Wirklichkeit eine Bigeminie eingetreten war. Der extrasystolische Kammerkomplex erschien am Ende der Diastole; weder auskultatorisch noch durch Beobachtung des Pulses ließ er sich feststellen, so daß ein normaler Rhythmus vorgetäuscht wurde.

Bei perniziöser Anämie

hat v. Varga (Dtsch. med. Wschr. Nr. 11) Versuche mit Insulin angestellt. In vielen Fällen gelingt es, mit Insulin allein Steigerung der Zahl der roten Blutkörperchen, sowie Zunahme der Eßlust zu erzielen. Gerade in schwersten Fällen ist Insulin als Vorbereitung der Behandlung mit Leberextrakten angezeigt. Die gewöhnliche Dosierung des Insulins beträgt zweimal je 30 Einheiten, stets eine Stunde vor den Mahlzeiten. Größere Dosen wirken nicht besser. — Tscherkes und Goldstein (ebenda) konnten die Beobachtung von Macht bestätigen, daß das Serum bei perniziöser Anämie die Entwicklung von Lupinenkeimen stärker als normales Serum hemmt. Interessant ist, daß diese Eigenschaft des Serums durch die Lebertherapie nicht beeinflußt wird, obwohl klinisch weitgehende Besserung erzielt wird.

Gegen Asthma

empfehlen Kraitmair und Leffkowitz (Dtsch. med. Wschr. Nr. 12) Ephedralin, das in jeder Ampulle 0,03 Ephetonin und 0,3 mg Adrenalin enthält. Es wird subkutan oder intramuskulär bei beginnendem oder ausgebildetem Asthmaanfalle injiziert. Das Präparat hat den Vorteil, daß die außerordentlich flüchtige Wirkung des Adrenalins längere Zeit festgehalten wird. Die Injektionen können eventuell mehrmals am Tage gemacht werden. Johannessohn (Mannheim).

Soziale Medizin.

1. Sitzung des Reichsgesundheitsrats über die Gewissensklausel und das Impfgesetz.

Bekanntlich bestehen schon seit längerer Zeit Bestrebungen seitens der Impfgegner, das Impfgesetz zu durchlöchern und vor allem den Impfzwang als solchen aufzuheben. In England kann bekanntlich jeder, der es nicht glaubt, mit seinem Gewissen vereinigen zu können, die Rückstellung seiner Kinder von der Pockenimpfung verlangen. Die Folge davon ist, daß nur etwa 50 Proz. der Kinder geimpft werden. Diese Antiimpfbewegung hat viel Nahrung gewonnen durch einen Fall, der kürzlich durch alle Zeitungen gegangen ist. Bekanntlich sind einige Fälle von Enzephalitis nach Pockenimpfung aufgetreten, doch sind diese Fälle außerordentlich wenig zahlreich und betragen in den letzten 3 Jahren insgesamt nicht mehr als 100 Fälle. Ein Chauffeur in Essen hatte von dem Vorkommen dieser Enzephalitis gehört und verweigerte die Impfung seines Kindes. Mehrfache Aufforderungen, Androhung von Strafen nützten nichts und so wurde das Kind durch die Polizei zwangsweise vorgeführt und zwangsweise geimpft. Das Unglück wollte es, daß gerade dieses Kind an Enzephalitis erkrankte und an dieser Krankheit starb. So großes Mitgefühl man auch im Einzelfall mit dem Betroffenen haben mag, so wenig darf ein derartiger Einzelfall das Urteil über eine für die Allgemeinheit so segensreiche Einrichtung wie die Pockenimpfung beeinflussen. Gleichwohl sind weite Kreise der Bevölkerung wie auch des Parlamentes dabei, dieses Pockengesetz in wichtigen Punkten abzuschwächen. Herr Präsident Hamel hatte das Thema auf die Tagesordnung einer Reichsgesundheitsratssitzung gesetzt und seiner unvergleichlichen Geschicklichkeit gelang es, zwischen den sich zum Teil auf das äußerste bekämpfenden Parteien ein Kompromiß zu finden, dem einstimmig zugestimmt wurde. Dieses Kompromiß lautet folgendermaßen:

1. Der Reichsgesundheitsrat ist auf Grund der Erfahrungen in Deutschland und in anderen Ländern der Ansicht, daß das deutsche Volk eines möglichst lückenlosen Impfschutzes bedarf.

2. Auf Grund der neueren Erkenntnisse bei der Erforschung von Pocken und Impfung empfiehlt jedoch der Reichsgesundheitsrat, dem § 5 der Vorschriften, die von den Ärzten bei der Ausführung der Impfung zu befolgen sind (Abschnitt 3 der Beschlüsse des Bundesrats zur Ausführung des Impfgesetzes vom 22. März 1917), die aus der Anlage 1 ersichtliche Fassung zu geben und diese alsbald zur Einführung zu bringen, damit die darin vorgesehenen Erleichterungen bereits bei den Impfterminen dieses Jahres eintreten können.

3. Unüberwindliche Bedenken der Eltern oder Erziehungsberechtigten gegen die Vornahme der Impfung können Bedingungen schaffen, die entsprechend dem vorletzten Absatz des vorbenannten § 5 zu berücksichtigen sind.

4. Die Zahl der Impflinge für einen Impftermin ist von den zuständigen Behörden so zu bemessen, daß die Feststellung der Impffähigkeit im Sinne der neuen Fassung des § 5 ordnungsmäßig durchgeführt werden kann.

5. Der Reichsgesundheitsrat hält die Vornahme der Impfung unter Anwendung polizeilichen Zwanges nicht für angebracht.

6. Der Reichsgesundheitsrat spricht sich für eine Entschädigungspflicht bei nachgewiesenen Impfschäden aus.

7. Die Fürsorgestellen sind nach Möglichkeit für die Durchführung der Erstimpfung nutzbar zu machen, ebenso die schulärztlichen Einrichtungen für die Wiederimpfung.

§ 5.

Eine der wichtigsten Pflichten des impfenden Arztes besteht darin, vor der Impfung festzustellen, ob der Impfpflichtige geimpft werden kann, ohne daß dieser oder Personen seiner Umgebung durch die Impfung gefährdet werden. Die anwesenden Angehörigen des Impfpflichtigen sind von dem impfenden Arzt außer über den allgemeinen Gesundheitszustand des Impfpflichtigen und seiner Angehörigen im besonderen nach folgenden Gesichtspunkten zu befragen:

1. Bestehen in der Wohnungsgemeinschaft des Impfpflichtigen übertragbare Krankheiten?

2. Leidet der Impfpflichtige an Hautausschlägen?

3. Bestehen Hautausschläge bei nichtgeimpften Kindern oder eitrige oder roseartige Entzündungen bei irgendwelchen anderen Personen derselben Wohnungsgemeinschaft?

4. Hat der Impfpflichtige oder einer seiner Familienangehörigen früher an Erkrankungen des zentralen Nervensystems gelitten?

Die Impfpflichtigen sind vor der Impfung zu besichtigen und erforderlichen Falles auf das Vorhandensein von Krankheiten und körperlichen Schäden, die durch die Impfung ungünstig beeinflußt werden können oder die ihrerseits den Verlauf der Impfung ungünstig zu beeinflussen vermögen, zu untersuchen. Hierzu gehören namentlich auch Hautausschläge, Rhagaden, Ohrenfluß, Drüsenschwellungen erheblichen Grades, Lidrandentzündung, Hornhautentzündung, schwere Rachitis, Erkrankungen des Zentralnervensystems und deren Reste.

Sind bei der Wiederimpfung Familienangehörige nicht anwesend, so sind die Wiederimpflinge selbst zu befragen. Bei Wiederimpflingen, die unter der Aufsicht des Schularztes stehen,

sind etwaige Bedenken gegen die Impfung durch diesen dem impfenden Arzte mitzuteilen.

Impfpflichtige, die an akuten oder chronischen, die Ernährung beeinträchtigenden oder die Säfte verändernden Krankheiten leiden, sollen für die Dauer dieses Zustandes von der Impfung zurückgestellt werden. Dies gilt besonders für Kinder, die mit Ekzem, Psoriasis, Impetigo contagiosa, Wundsein, Lidrandentzündung, Hornhautentzündung, Ohrenfluß, eitrigen Entzündungen der Haut oder des Unterhautzellgewebes behaftet sind oder bei denen Neigung zu Krämpfen oder zu Blutungen besteht. Ebenso sind impfpflichtige Kinder zurückzustellen, wenn und solange in der Wohnungsgemeinschaft nichtgeimpfte Kinder mit Ekzem oder überhaupt Personen mit eitrigen oder roseartigen Entzündungen vorhanden sind.

Impfpflichtige, die an akuten infektiös entzündlichen Krankheiten des Zentralnervensystems gelitten haben oder noch Resterscheinungen einer solchen Erkrankung zeigen oder deren Familienangehörige an derartigen Krankheiten gelitten haben oder noch leiden, sind von der Impfung mindestens auf 1 Jahr zurückzustellen. Wird eine mehr als zweimalige oder im Einzelfalle eine mehr als zweijährige Zurückstellung beantragt, so ist die Entscheidung des öffentlichen Impfarztes einzuholen. Dieser hat in zweifelhaften sowie in solchen Fällen, in denen nach Ablauf der Zurückstellungsfrist das Einverständnis der Eltern oder der Erziehungsberechtigten des Impfpflichtigen mit der Vornahme der Impfung nicht zu erlangen ist, vor seiner Entscheidung einen Ausschuß zu hören, dem ein Verwaltungsbeamter als Vorsitzender sowie ein Medizinalbeamter und ein praktischer Arzt, gegebenenfalls ein Facharzt, angehören sollen. Die näheren Bestimmungen über Einrichtung und Zusammensetzung dieses Ausschusses erläßt die oberste Landesbehörde. Die Eltern oder die sonstigen Erziehungsberechtigten des Impfpflichtigen sind zu der Sitzung des Ausschusses einzuladen unter Hinweis darauf, daß im Falle des Nichterscheinens ohne sie verhandelt werden kann.

Zurückstellungen können von dem impfenden Arzt auf die Dauer eines Jahres auch dann ausgesprochen werden, wenn eine solche physische oder psychische Veranlagung in der Familie des Impfpflichtigen vorliegt, die einen von der Regel wesentlich abweichenden Verlauf der Impfung oder eine sonstige Schädigung des Impfpflichtigen oder seiner Eltern befürchten läßt. Wird eine längere oder eine wiederholte Zurückstellung beantragt, so ist die Entscheidung des öffentlichen Impfarztes einzuholen, der in zweifelhaften, insbesondere auch in allen denjenigen Fällen, in denen nach Ablauf der Zurückstellungsfrist das Einverständnis der Eltern oder der sonstigen Erziehungsberechtigten des Impfpflichtigen mit der Vornahme der Impfung nicht zu erlangen ist, den in dem vorstehenden Absatz bezeichneten Ausschuß zu hören hat.

Falls die oberste Landesbehörde das Vorhandensein einer Pockengefahr erklärt, treten die besonderen landesrechtlichen Bestimmungen über die Durchführung von außerordentlichen Notimpfungen in Kraft.

---

2. Sitzung des Landesgesundheitsrates über die Frage der Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gersonschen Diät bei Tuberkulösen.

Am 28. Februar 1930 fand im Kaiserin Friedrich-Hause eine außerordentliche Sitzung des Landesgesundheitsrates statt, bei der unter anderen außer den Vertretern des Ministeriums gesehen wurden die Herren: Sauerbruch, Hermannsdorfer, Gerson, Rubner (Berlin), Brauer (Hamburg), Ziegler (Hannover), Bacmeister (Freiburg), Hindhede (Kopenhagen), Faßbender (Berlin), Moses (Berlin), Chajes (Berlin), Ickert (Gumbinnen), Redeker (Mansfeld), Jesionek (Gießen), Stepp (Breslau), Frommhold (Hannover) usw. usw. Während eines großen Teils der Sitzung war auch der Minister für Volkswohlfahrt Hirtsiefer sowie sein Staatssekretär Dr. Scheidt anwesend.

Nach eingehenden Referaten der Herren: Hermannsdorfer, Sauerbruch, Jesionek und Gerson entspann sich eine ausgedehnte sehr lebhafte Debatte, in die unter anderen auch Herr Hindhede (Kopenhagen) eingriff. Als Ergebnis wurden folgende Leitsätze angenommen.

Bei der Haut-, Knochen- und Gelenktuberkulose bedeutet die SHG-Diät einen deutlichen therapeutischen Fortschritt. Bei der Lungentuberkulose haben einige Beobachter anscheinend einen Erfolg gesehen, doch besteht bei dieser Erkrankung noch keine übereinstimmende Meinung über die Wirksamkeit der Diät. Infolgedessen soll die Frage der Beeinflussung der Lungentuberkulose durch die SHG-Diät durch eine besondere Kommission, der sowohl Anhänger wie Gegner der Therapie angehören, geprüft werden. Trotz der teilweise sehr erheblichen sächlichen Differenzen verlief die Verhandlung doch in sehr konzilianten Formen, daß es eine Freude war, den Ausführungen zu folgen.

Tagesgeschichte.

Die Deutsche Pathologische Gesellschaft tagt vom 2.—5. April in Berlin, Pathologisches Institut der Charité, Vorsitzender Prof. Rössle, Hauptthema: „Hämorrhagische Diathese", Referenten: Morawitz und B. M. Schmidt.

Der Zipser Ärzteverein veranstaltet zu Pfingsten vom 7.—12. Juni in den Kurorten der Hohen Tatra den II. akademischen Ärztefortbildungskurs unter Mitwirkung von Berliner, Budapester und Prager Professoren. Genaues Programm durch

das Kursbureau Dr. Emil Szász, Alt-Schmecks, Starý Smokovec (Tschechoslowakei). L.

Die Medizinische Akademie in Düsseldorf beginnt ihr Sommersemester am 24. April. Vorlesungsverzeichnis und Auskünfte erhält man durch das Sekretariat der Akademie, Moorenstr. 5. Die Medizinische Akademie ermöglicht, wie bekannt, den Medizinstudierenden das Studium in den klinischen Semestern nach bestandener Vorprüfung und hat die Berechtigung, das medizinische Staatsexamen abzunehmen und zum Doktor zu promovieren. L.

Die Medizinische Fakultät Göttingen beabsichtigt wiederum in der 2. Hälfte des Oktober d. J. einen 10 tägigen Fortbildungskursus für praktische Ärzte abzuhalten. Näheres durch Prof. Riecke, Göttingen Hautklinik. L.

An der Sozialhygienischen Akademie in Berlin-Charlottenburg wird der nächste dreimonatige sozialhygienische Lehrgang für Kreisarzt-, Kreiskommunalarzt-, Schul- und Fürsorgearztanwärter vom 28. April bis 2. August d. J. abgehalten. Der Lehrgang, der alle sozialmedizinischen Gebiete umfaßt und auch die Gewerbekrankheiten und alle Fragen der Begutachtung eingehend berücksichtigt, entspricht im übrigen den Prüfungsbestimmungen für Kreisarztanwärter. Da die Teilnehmerzahl beschränkt werden muß, wird baldigste Anmeldung empfohlen. Anfragen an das Sekretariat in Berlin-Charlottenburg 9, Spandauerchaussee 1. L.

„Die Herzschwäche“ wird ein ärztlicher Fortbildungskurs behandeln, welcher vom 9.—12. Mai in Bad Kudowa stattfinden soll. Unter den Kurslehrern sind hervorragende Universitätslehrer sowie Fachärzte aus der Praxis vertreten. Das eigentliche Kursprogramm wird sich in den Vormittagsstunden abwickeln, während für die Nachmittage und Abende gesellige Veranstaltungen aller Art vorgesehen sind. Näheres durch die Badeverwaltung oder den Ärzteverein, Bad Kudowa. L.

Zum Schankstättengesetzentwurf. Ein Schankstättengesetz, dessen Notwendigkeit gerade in ärztlichen Kreisen nicht bezweifelt werden kann, ist längst geplant. Jetzt ist der Entwurf hierzu im volkswirtschaftlichen Ausschuß des Reichstags nach 10 Sitzungen zum Abschluß gekommen. Die Bedürfnisfrage, einer der wichtigsten und umstrittensten Punkte ist dahin angenommen, daß 400 Einwohner die Zahl bilden sollen, unter der künftig eine Schankkonzession nicht mehr errichtet werden soll. Die Erlaubnis muß in einem Fall und kann in sechs Fällen, die aufgeführt sind, zurückgenommen werden. Solbrig.

Galspach, Zeileis. In der Medizinischen Gesellschaft vom 15. Jan., hat Herr Prof. Lazarus einen Vortrag gehalten, der sich gegen den „Wundermann“ von Galspach wendet. Der Wundermann hat sich darauf gemüßigt gefühlt, Herrn Prof. Lazarus eine Verleumdungsklage anzudrohen. Aus dieser Veranlassung hatte Herr Prof. Lazarus erneut in der Medizinischen Gesellschaft das Wort ergriffen und weitere Beweise für seine Behauptungen hervorgebracht.

Berichtigung. In die Therapeutische Umschau Nr. 3 hat sich leider ein Druckfehler eingeschlichen. Bei der Empfehlung des Atropins gegen den Pylorospasmus durch Oxenius muß es statt 1 und $^1/_2$ prozentig 1 und $^1/_2$ promillig heißen. Wenn auch schon durch die Angabe 0,01 : 20 deutlich darauf hingewiesen wurde, daß eine $^1/_2$ promillige Lösung gemeint war, so soll doch an dieser Stelle noch ganz ausdrücklich darauf hingewiesen werden. Johannessohn (Mannheim).

Gründung eines Ausschusses zur Bekämpfung der Krebskrankheit für die Provinz Hannover. Auf Einladung des Landesvereins für Volkswohlfahrt fand unter dem Vorsitz des Präsidenten der Landesversicherungsanstalt, Dr. Frommhold, und unter Teilnahme des Vorsitzenden des Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, Prof. Dr. Blumenthal (Berlin), eine Vorbesprechung mit Vertretern der med. Wissenschaft, der Sozialversicherungsträger, der Regierungen Hannover und Schaumburg-Lippe, der Provinzialverwaltung, des Städte- und Landkreistages statt, um zu der Gründung eines Ausschusses zur Bekämpfung der Krebskrankheit in der Provinz und den Ländern Lippe und Schaumburg-Lippe Stellung zu nehmen. Man war nach ausführlichen Darlegungen von Präsident Dr. Frommhold und Prof. Dr. Blumenthal einstimmig der Ansicht, daß der Zeitpunkt für ein entschlossenes, gemeinsames Vorgehen angesichts der großen Krebssterblichkeit gekommen sei und beauftragte eine kleinere Kommission aus Vertretern der Universität Göttingen, der Ärztekammer, der Landesversicherungsanstalt, der Krankenkassen und der hannoverschen Krankenhäuser mit der Ausarbeitung der Organisation und des Arbeitsplanes, die baldigst zusammentreten wird.

Personalien. Dr. Friedrich Mommsen, Oberarzt am Oskar-Helene-Heim in Dahlem-Berlin, ist zum ärztlichen Direktor der Anstalt, an Stelle des verstorbenen Prof. Biesalski ernannt worden. — Prof. Hans Smidt (Jena) ist zum Direktor der Chirurgischen Klinik an den städtischen Krankenanstalten in Bremen berufen worden. — Dr. Kurt Leddig, Oberarzt am Krankenhaus Friedrichstadt in Dresden, starb, 33 Jahre alt. — Dr. Karl Block hat sich für innere Medizin, Dr. Kurt Neubert für Anatomie in Tübingen habilitiert. — Prof. Joh. H. Rille, Direktor der Klinik für Hautkranke in Leipzig, wurde von der Bulgarischen dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt. — Dr. Arno Arnold, Assistent am Hygienischen Institut in Leipzig, hat sich für Sportmedizin habilitiert. — Priv.-Doz. Eduard Keeser, Regierungsrat im Reichsgesundheitsamt, ist als außerordentlicher Professor für Pharmakologie nach Rostock berufen. — Dr. Selmar Aschheim, wissenschaftlicher Assistent an der Frauenklinik der Charité in Berlin, hat einen Lehrauftrag für biologische Forschung in der Gynäkologie erhalten. — In Berlin habilitierten sich Dr. Heinrich Gottron für Dermatologie, Dr. Alexander Herzberg für medizinische Psychologie, Dr. Georg Claus für Laryngologie, Dr. Bernhard Kugelmann für innere Medizin. — Berufen wurden Prof. Adolf Schmidt (Bonn) zum Direktor der Chirurgischen Abteilung am Krankenhaus in der Zschopauer Straße, Stadt-Med.-Rat Kurt Martini (Chemnitz) zum Direktor der Chirurgischen Abteilung am Kuchwald-Krankenhaus in Chemnitz. — Dr. Albrecht Langelüddeke hat sich für Psychiatrie, Dr. Hans Schulten für innere Medizin in Hamburg habilitiert.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 16. März 1925. 5 Jahre. Tod des Mediziners August von Wassermann. Direktor des Kaiser-Wilhelms-Instituts für experimentelle Therapie. Entdecker der Serumdiagnostik auf Syphilis. — 22. März 1920. 10 Jahre. Physiolog Nathan Zuntz gestorben in Charlottenburg. 1881 Professor an der Landwirtschaftlichen Hochschule in Berlin. Veröffentlichte: „Physiologie des Marsches“, „Höhenklima und Bergwanderungen“, „Lehrbuch der Physiologie des Menschen“ usw. — 24. März 1880. 50 Jahre. Mediziner (Bakteriolog), Philosoph und Dichter Hans Much geboren in Zechlin. Seit 1913 Leiter des Hamburger Forschungsinstituts für Tuberkulose und Direktor des Instituts für experimentelle Therapie am Eppendorfer Krankenhaus. 1919 Professor an der Hamburger Universität. — 25. März 1860. 70 Jahre. Englischer Arzt James Braid gestorben in Manchester. Entdeckte den durch Anstarren eines glänzenden Gegenstandes erzeugten Hypnotismus und wies zuerst auf die Beziehungen zwischen Hypnose und Suggestion hin. — 30. März 1860. 70 Jahre. Arzt Heinrich Lahmann geboren in Bremen, Gründer des Sanatoriums auf dem Weißen Hirsch bei Dresden, das er nach physikalisch-diätetischen Grundsätzen leitete. — 1905. 25 Jahre. Tod des Physiologen Georg Meißner als Professor in Göttingen. Nach ihm benannt die „Meißnerschen Körperchen“, aus feinen Nervenfasern gebildete elliptische Endanschwellungen der Gefühlsnerven.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 6, 16 und 21.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)


PROGYNON
Hochkonzentriertes weibliches Cyklushormon
Indikationen: Ausfallserscheinungen von seiten des Ovars, wie klimakterische Beschwerden, sekundäre Amenorrhoe und Folgeerscheinungen dieser Beschwerden.
Arztmuster und Literatur zur Verfügung.



Notizen.

Am 20. Januar 1930 wurde im Reichstagsgebäude durch den Reichsminister des Innern eine **Aussprache über bevölkerungspolitische Fragen** veranstaltet, an der Vertreter der Reichs- und Landesregierungen in großer Zahl teilnahmen. Außerdem waren eine Anzahl wissenschaftlicher Sachverständiger anwesend. Der Reichsminister des Innern Severing begrüßte die Anwesenden und begründete in kurzen Worten seine Einladung an die Erschienenen. Bei der Schwierigkeit der bevölkerungspolitischen Probleme, so führte er unter anderem aus, und bei den starken Meinungsverschiedenheiten politischer und weltanschaulicher Art, die heute auf diesem Gebiete zu verzeichnen sind, habe ihm daran gelegen, den Kreis der Teilnehmer nicht allzu groß zu fassen. Es bestehe die Gefahr, daß Verhandlungen über Bevölkerungspolitik bei allzu großem Teilnehmerkreis in allgemeiner Kongreßrethorik untergehen würden. Er wünsche aber, daß diese ernste Frage recht bald aus dem Stadium theoretischer Erörterungen herausgebracht werde und habe die Hoffnung, daß der erschienene kleine Kreis verantwortlicher Frauen und Männer, einige wenige, dafür aber um so festere Schritte zur Lösung der dringendsten Aufgaben werde tun können. Man müsse diejenigen Punkte herausgreifen, in denen eine Einigung auf jeden Fall möglich sei. Bei aller politischen und weltanschaulichen Gegensätzlichkeit zur Frage einer planmäßigen und bewußten Bevölkerungspolitik gebe es einen Satz, hinter den auf jeden Fall das gesamte Volk sich einmütig stellen könne, stellen müsse: „Schutz und Hilfe für die gewollte Mutterschaft." Der Reichsminister des Innern erteilte daraufhin den Referenten Prof. Dr. Grotjahn-Berlin, Geh.-Rat Sellheim-Leipzig und Prof. Rott-Berlin das Wort zu ihren einleitenden Mitteilungen. Prof. Grotjahn referierte über den Rückgang des Geburtenüberschusses, Geh.-Rat Sellheim über Probleme des Mutterschutzes und Prof. Rott über Fragen der Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebenstagen. Den Referaten folgte eine lebhafte Aussprache, die allgemeine Zustimmung zu der Beschränkung der Arbeit auf die genannten Hauptthemen ergab. Der organisatorische Rahmen wurde durch Bildung eines „Reichsausschusses für Bevölkerungsfragen" geschaffen, dessen Vorsitz Herr Ministerialdirektor a. D. Prof. Gottstein, der frühere Leiter des preußischen Gesundheitswesens, übernahm.

Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten

unter besonderer Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung

Von

weil. Prof. Richard Stern

Dritte Auflage, völlig neu bearbeitet

von

Dr. med. Rudolf Stern

Priv.-Doz. f. innere Medizin an der Universität Breslau

XVI, 664 S. gr. 8⁰ 1930 Rmk 32.—, geb. 34.—

Inhalt: Einleitung: 1. Bedeutung des Trauma in der Aetiologie innerer Krankheiten. 2. Aufgaben der Unfallbegutachtung. 3. Die Folgen körperlicher Anstrengung als „Unfall". 4. Einige häufige Fehlschlüsse bei der Unfallbegutachtung innerer Krankheiten. 5. Zur Abgrenzung des Arbeitsgebietes. — I. Allgemeine Infektionskrankheiten. 1. Trauma und Infektion. 2. Scharlach. 3. Poliomyelitis anterior acuta. 4. Polyarthritis acuta. 5. Meningitis purulenta. 6. Die tuberkulöse Meningitis. 7. Miliartuberkulose. 8. Weilsche Krankheit. 9. Aktinomykose. 10. Malaria. 11. Syphilis. 12. Anhang: Einfluß psychischer Einwirkungen. — II. Krankheiten der Kreislauforgane. a) *Die organischen Erkrankungen des Herzens.* 1. Vorbemerkungen über Herzverletzungen. 2. Akute Endokarditis. 3. Chronische Endokarditis. 4. Herzfehler infolge Klappenzerreißung. 5. Herzmuskelkrankheiten. 6. Krankheiten des Perikards. 7. Mechanische Beeinträchtigung der Herztätigkeit und Dislokation des Herzens. b) *Krankheiten der Gefäße.* 1. Krankheiten der Arterien. 2. Arteriosklerose. 3. Aneurysmen. 4. Krankheiten der Venen. 5. Anhang: Vasomotorische Neurosen. c) *Funktionelle und ätiologisch unklare Erkrankungen des Herzens und der Gefäße.* 1. Die Herzneurose. 2. Paroxysmale Tachykardie. 3. Angina pectoris. d) *Verschlimmerung von Herz- und Gefäßkrankheiten durch Trauma* (mechanische und psychische Einwirkung, körperliche Anstrengung). — III. Krankheiten der Lungen und des Brustfells. 1. Vorbemerkungen über Lungenkontusionen. Krankheiten der Bronchien und embolische Prozesse. 2. Lungenentzündungen. 3. Lungengangrän und Lungenabszeß. 4. Lungentuberkulose. 5. Lungenemphysem. 6. Erkrankungen der Pleura. — IV. Krankheiten der Verdauungsorgane und des Peritoneum. 1. Krankheiten der Speiseröhre. 2. Krankheiten des Magens und des Duodenum. 3. Krankheiten des Darmes. 4. Krankheiten des Peritoneum. 5. Krankheiten der Leber und der Gallenwege. 6. Krankheiten des Pankreas. — V. Krankheiten der Nieren. 1. Vorbemerkungen über Nierenverletzungen. Veränderungen des Harns infolge von Trauma. Lageanomalien. 2. Flüssigkeitsansammlungen innerhalb der Niere und in ihrer Umgebung. Nephrolithiasis. 3. Die doppelseitigen hämatogenen Nierenerkrankungen. 4. Infektiöse Prozesse in den Nieren und ihrer Umgebung. — VI. Maligne Geschwülste innerer Organe. — VII. Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und der Drüsen mit innerer Sekretion. 1. Diabetes mellitus. Diabetes insipidus. Gicht. 2. Perniziöse Anämie. Polycythämie. Die Leukämien. Leukämoide Krankheitszustände. Hämorrhagische Diathesen. Erkrankungen der Milz. Paroxysmale Hämoglobinurie. 3. Erkrankungen der Schilddrüse, der Epithelkörperchen, der Hypophyse. Krankheiten der Nebennieren. — Literaturverzeichnis. Autoren- und Sachregister.

Gute Lehrbücher der Unfallbegutachtung sind zwar bereits vorhanden; sie legen aber das Hauptgewicht auf speziell chirurgische, orthopädische und neurologische Probleme, oder sie wollen dem Praktiker für alle Fragen der Begutachtung Regeln an die Hand geben, diskutieren aber nicht die klinische Literatur und den Stand der experimentellen Forschung. Die hier tatsächlich bestehende Lücke wird durch das nunmehr in dritter, völlig neu bearbeiteter Auflage vorliegende Sternsche Buch ausgefüllt. Denn gerade die traumatische Entstehung innerer Krankheiten ist im Einzelfalle häufig besonders schwer zu beurteilen und jedenfalls nicht ohne genaue Kenntnis der auf diesem Gebiete sehr verstreuten Literatur.

Die Bearbeitung erfolgte im Rahmen der letzten Auflage; der Verfasser erörtert nur die ätiologische Bedeutung des Trauma sensu strictiori, und zwar nur für die inneren Krankheiten, unter Ausschluß der Nervenkrankheiten und der Gelenkleiden, die in Lehrbüchern schon ausführliche Bearbeitung gefunden haben. Das so begrenzte Thema hat Rudolf Stern erschöpfend behandelt; nicht im Sinne einer lückenlosen Aufzählung der Kasuistik, aber unter kritischer Besprechung aller klinischen und experimentellen Untersuchungen, die neue Gesichtspunkte ergeben.

Das Fortschreiten der Wissenschaft, ganz besonders der gewaltige Ausbau der Röntgendiagnostik und anderer Untersuchungsmethoden, nicht zuletzt auch die im Weltkriege gemachten Erfahrungen haben eine erhebliche Umarbeitung großer Teile des Buches notwendig gemacht. So sind die Kapitel über Herzmuskelkrankheiten, Arteriosklerose, Aneurysmen, über Tuberkulose, Ulcus pepticum und Nephritis, über Diabetes insipidus und Erkrankungen der Hypophyse im wesentlichen neu geschrieben. Neu aufgenommen wurden Kapitel über Poliomyelitis, eitrige und tuberkulöse Meningitis, Weilsche Krankheit, Aktinomykose, Angina pectoris, leukämoide Krankheitszustände, hämorrhagische Diathesen, Tetanie und Dystrophia adiposogenitalis. Das Sachregister hat eine wesentliche, dem Leser sicher willkommene Erweiterung erfahren.

Studien über die Pathologie und Therapie der Typhus- und Paratyphusbazillenausscheider

Herausgegeben von

Prof. Dr. Paul Krause
Direktor der Medizin. Klinik der Westfäl. Wilhelms-Universität Münster i. W.

Die Typhus- und Paratyphusbazillenausscheider haben für Deutschland zurzeit wieder eine recht große Bedeutung gewonnen, seitdem bekannt geworden ist, daß eine Anzahl von Epidemien seit Kriegsende auf sie zurückzuführen sind. Die Gefahr, welche von ihnen ausgeht, ist zweifellos eine recht große.

Prof. Krause hat während des Krieges das große Typhuslazarett in Spa geleitet und während dieser Zeit mit Hilfe ausgezeichneter Mitarbeiter bereits eine große Zahl therapeutischer Versuche an den Typhusbazillenträgern ausgeführt. Seit 1925 hat er die Frage der Typhusbazillenausscheider erneut bearbeitet und beabsichtigt nunmehr, nachdem die Arbeiten einen gewissen Abschluß erreicht haben, in dieser Sammlung im Zusammenhang über die Pathologie und Therapie der chronischen Typhus- und Paratyphusbazillenausscheider, mit besonderer Berücksichtigung eigener Untersuchungen, zu berichten.

Heft 1 bringt die große, fast überreichliche Bibliographie. Das Verzeichnis umfaßt 1117 Nummern und schließt ab mit dem Jahre 1928.

In den folgenden Heften werden folgen: Untersuchungen über die Pathologie, die klinische Symptomatologie, einschließlich der klinischen, bakteriologischen und serologischen Untersuchungen, die pathologische Anatomie, die Chemotherapie, einschließlich der experimentellen Studien über die Ausscheidung von Medikamenten in der tierischen und menschlichen Galle, die experimentelle Therapie, endlich die klinische Therapie bei menschlichen Typhusbazillen-Dauerausscheidern und ihre Ergebnisse.

Heft 1: **Das Schrifttum zur Frage der Typhus- und Paratyphusbazillenausscheider.** Zusammengestellt von Dr. med. **Gottfried Roesler,** wissenschaftl. Assistent a. d. medizin. Universitätsklinik Münster i. W. Mit Einführung von Prof. Dr. Paul Krause. Mit 4 Abbildungen im Text. XIV, 112 S. gr. 8⁰ 1930 Rmk 6.—

Inhalt: **Verzeichnis der Arbeiten** (1117 Nummern). / **Verzeichnis der Verfasser.** / **Sammelbericht:** 1. Einleitung: Geschichtlicher Ueberblick. Begriffsbestimmung und Terminologie. 2. Vorkommen: Zahl. Dauer der Ausscheidung. Geschlechtsverhältnis. Alter. 3. Pathologie: Stuhlausscheidung. Mundausscheidung. Urinausscheidung. Vulva. Fistelausscheidung. Andere Ausscheidungswege. Sektionsbefunde. 4. Besonderheiten der paratyphösen Infektion: Gemischte Ausscheidung von Typhus- und Paratyphusbazillen. 5. Klinik: Klinische Erscheinungen. Serologie. Die Immunität der Bazillenausscheider. Biologische Eigentümlichkeiten der ausgeschiedenen Bakterien. Zur Pathogenese der Bazillenträger. Disposition. Diagnose. Spezialdiagnose. Prognose (Selbstheilung, Selbstgefährdung). 6. Gefährlichkeit und Epidemiologie: Gefährlichkeit und Empfänglichkeit. Uebertragungsweisen. 7. Der Bazillenträger in der Typhusbekämpfung: Bekämpfungswege. Gesetzgebung und Bazillenträger. Der Schutz der Bazillenträger. 8. Vorbeugung. 9. Behandlung: Leitende Gesichtspunkte der Therapie. Operative Behandlung. Interne Behandlung der Stuhlausscheidung. Interne Behandlung der Urinausscheidung. Fisteltherapie. Sonstige Lokalbehandlung. Allgemeinbehandlung. Immuntherapie. Kombinationstherapie. 10. Tierversuche: Experimentelle Pathologie und Therapie.

Rheuma und Rheumabekämpfung

ein soziales Problem

Kritische Beurteilung auf Grund der im Jahre 1927 bei der Landesversicherungsanstalt Westfalen behandelten Rheumakranken

von

Dr. Gg. Ernst und Dr. H. J. Broichmann

Mit 3 Abbildungen im Text

IV, 88 S. gr. 8⁰ 1929 Rmk 6.—

Rheuma, der Inbegriff verschiedener Erkrankungen, die sich durch reißende Schmerzen an den Bewegungsorganen äußern, galt bis vor kurzer Zeit als ein Gebiet der Medizin, mit dem sich die Wissenschaft nicht allzu eingehend beschäftigte. Auf Grund völlig falscher Vorstellungen fand man sich mit dem Problem Rheumatismus als einem notwendigen Uebel ab, das durch seine allgemeine Verbreitung wohl sehr volkstümlich ist, jedoch gerade deshalb kein besonderes Interesse erregte. Zu dieser Indolenz trug noch bei, daß der Rheumatismus (abgesehen vom akuten Gelenkrheumatismus) in den Statistiken keineswegs durch eine hohe Mortalitätsziffer auffiel und auch in den Morbiditätsstatistiken nicht besonders in Erscheinung trat, weil er häufig unter die Verbrauchskrankheiten des fortschreitenden Alters eingereiht wurde. So ist in den letzten Jahrzehnten der Rheuma zu einem sterilen Problem geworden. Eine Wandlung trat in den vergangenen Jahren mit einem Male auf, als die rheumatischen Erkrankungen durch die ungeheure Belastung ganzer Völker in der Kriegszeit eine nicht unbeträchtliche Steigerung erfuhren. Durch statistische Erhebungen und die rege Aktion der Holländer wurde in der Nachkriegszeit die ungeheure Verbreitung der rheumatischen Erkrankungen in weitesten Kreisen bekannt; Wissenschaft, Versicherungsträger und Staat haben eine energische Tätigkeit aufgenommen, um den Begriff Rheuma zu klären, die Kranken in vollem Umfange zu erfassen und einer eingehenden Behandlung zuzuführen.

Der Rheumatismus stellt zurzeit eine ganz ungeheure volkswirtschaftliche Belastung dar, die jährlich durch große Ausgaben für Heilverfahren und Invalidenrenten bemerkbar wird. Das Ergebnis der ersten Verhandlungen des Rheuma-Ausschusses der Landesversicherungsanstalt Westfalen wurde durch die Feststellung charakterisiert, daß von seiten der Landesversicherungsanstalt bisher „manches falsch gemacht“ und „große Beträge nutzlos ausgegeben wurden“. Um einen klaren Einblick in das Rheumaproblem zu bekommen, hat deshalb die Landesversicherungsanstalt Westfalen die im Jahre 1927 von ihr beobachteten Fälle sog. rheumatischer Erkrankungen zur Bearbeitung übergeben. Die Verf. zeigen einerseits, daß die Rheumastatistiken ein trügerisches Bild entwerfen, andererseits geben sie durch Kritik Anregung zur Aenderung der bisherigen Arbeitsmethoden und zur Verwirklichung einer wirksamen Rheumabekämpfung.

Notizen.

Fragen der ärztlichen Ausbildung. Die Ärztekammer für Berlin beschäftigte sich mit den Fragen der Umgestaltung des ärztlichen Studiums und der Prüfungsordnung für Mediziner. Es liegen Leitsätze vor, die einer mehrfachen gemeinsamen Durchberatung des Fakultätentages, des Deutschen Ärzte-Reichsbundes und des Ärztekammerausschusses entsprossen sind. Den Bericht über die Vorschläge hatten als Hauptredner Prof. Dr. Viktor Schilling von der Charité und der ärztliche Praktiker und Standespolitiker Dr. M. Saling (Adlershof) übernommen. Prof. Schilling beschäftigte sich in seinen Darlegungen auch mit einem Entwurf der Fakultät Berlin, der jedoch seinerzeit bei der Beratung aller Fakultäten nicht durchgedrungen ist. Als dritter Hauptredner nahm dazu Geh.-Rat Prof. Hiß in längeren, sehr interessanten Ausführungen das Wort. Das Ziel des neuen Entwurfes in der vorliegenden Gestalt ist, den jungen Medizinern unter Erhaltung der hohen theoretischen Ausbildung, in der gerade die Stärke des deutschen Arztes stets beruht hat und beruht, näher an den eigentlichen Inhalt seiner Aufgabe, den praktischen Dienst am kranken Menschen, heranzubringen. Dazu sollen gewisse Abänderungen in den Vorlesungen, in der Gestaltung des „praktischen Jahres" und der Prüfungsordnung führen. Besonderes Interesse verdient Punkt 5: „Der Studierende hat nachzuweisen, daß er im Krankenpflegedienst in Form eines besonderen Samariterkursus im Beginn des Studiums ausgebildet ist." Auf diese Weise wird der junge Mediziner sich darüber klar werden können, ob er für den von ihm gewählten Beruf, von den er ja in Wirklichkeit noch nichts weiß, tatsächlich auch geeignet ist. Verschiedenen Vorschlägen, das jetzt schon langfristige Studium noch durch weitere Assistentenjahre bis auf etwa neun Jahre zu verlängern, mußte mit Rücksicht auf die bei uns herrschende materielle Notlage und die noch immer nicht beseitigte gesetzliche Kurierfreiheit entschieden entgegengetreten werden. Mit Recht wurde geltend gemacht, daß ein sieben Jahre lang ausgebildeter Mediziner, der dann noch nicht zur Praxis zugelassen werden könne, unbedingt in die Kurpfuscherlaufbahn gedrängt würde, wenn er nicht die notwendigen materiellen Mittel zum weiteren Durchhalten der Ausbildung hinter sich habe. Derartig rigorose Forderungen können nur in Ländern mit Kurpfuscherverbot gestellt werden.

Dr. R. W.

AGAROL



die Original-Emulsion aus Mineralöl, Agar-Agar mit Phenolphthalein

Indikationen: Jede Form der Obstipation und in jedem Alter · Stuhlträgheit während der Gravidität und Lactation · Autointoxikationen · Analfissuren, Haemorrhoiden und Proctitis

Keine Nebenwirkungen

Erfahrungsgemäß keine Gewöhnung · Kein Durchsickern des Oels · Keine Leibschmerzen

Proben und Literatur für Ärzte zur Verfügung

W. R. WARNER & CO., G.M.B.H.
BERLIN-CHARLOTTENBURG

Vollkommene und gleichmäßige Durchtränkung der Faeces, Vermehrung der colloiden Dispersität im Darm · Die Durchtränkung ist mit Wasseraufnahme verbunden, dadurch Erweichung der erhärteten Kotmassen und Rückbildung der Konsistenz des Stuhls zur Norm · Anregung der Peristaltik und Tonisierung der Darmmuskulatur durch Phenolphthalein, das infolge der Art seiner Suspension im System unerwünschte Resorptionswirkungen vermeidet · Behebung von Darmspasmen durch den weichen Stuhl.

Das physiologische Stuhlregelungsmittel

Mit **Vigantol** *eingestellter, standardisierter* **LEBERTRAN**

besitzt im Gegensatz zum gewöhnlichen Lebertran gleichmässigen und reichen Vitamin-Gehalt.

Die sonst übliche Lebertrangabe lässt sich auf die Hälfte und die mehrmalige tägliche Verabreichung auf eine einmalige Tagesdosis beschränken.

ORIGINALPACKUNG: Flasche mit 125 ccm

Säuglinge u. Kleinkinder: ½—1 Teelöffel pro Tag / Grössere Kinder: 1 Teelöffel bis 1 Kinderlöffel / Erwachsene: 1—2 Esslöffel pro Tag.

Gemeinsame Hersteller.

I. G. PHARMA, LEVERKUSEN a. Rh. E. MERCK, DARMSTADT

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.